FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. MEUDIC

Travaux de la clinique du Prof[r] Pierre DELBET

TRAITEMENT CHIRURGICAL MODERNE

DES

KYSTES HYDATIQUES

NON SUPPURÉS DU FOIE

Président : M. PIERRE DELBET, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1914

LE DOYEN : M. LANDOUZY.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JOUSSET (André)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ (Anselme)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LE TRAITEMENT MODERNE

DES

KYSTES HYDATIQUES

INTRODUCTION

Pour la première fois, en 1825, un chirurgien français, Récamier, appliquait le traitement chirurgical à la cure des kystes hydatiques du foie. Son procédé était trop primitif et de plus il lui manquait l'adjuvant indispensable : l'asepsie ; aussi le succès de la méthode fut-il vite compromis. Mais l'idée devait faire son chemin. En 1877, Volkmann et après lui Lindemann et Landau firent admettre le traitement chirurgical des kystes hydatiques. Les multiples inconvénients de leur procédé : la marsupialisation, devaient cependant retarder l'adoption par la totalité du monde médical, de la cure chirurgicale des kystes. Il fallait trouver un procédé qui réunît à la fois la sûreté et la rapidité de la guérison. Ce fut la supression du drainage du kyste, après extraction de la vésicule parasitaire.

Aujourd'hui, l'on peut dire que la grande majorité des chirurgiens admettent et pratiquent cette méthode, quand il s'agit de kystes kydatiques du foie non suppurés.

Mais des controverses se sont produites, portant à la fois sur les chirurgiens auxquels doit être attribuée la priorité de la méthode et sur les diverses modalités auxquelles a donné lieu l'application de la méthode de suture sans drainage.

Il nous a paru bon de refaire l'historique de la question et de mettre en lumière les faits qui permettent de dire que la méthode n'a été réellement appliquée qu'après les travaux de M. le professeur Pierre Delbet et d'Alexandro Posadas.

Nous avons voulu ensuite étudier la valeur des différents procédés dérivés de la méthode de suture sans drainage en appuyant nos assertions sur des faits. Pour cela nous avons établi une statistique de toutes les observations de kystes hydatiques du foie traités par la suture sans drainage et publiées dans les revues médicales françaises depuis le 13 décembre 1895, date où M. Pierre Delbet employait ce procédé pour la cure d'un kyste de la face inférieure du foie.

Nous remercions M. le professeur Pierre Delbet de nous avoir confié ses observations et de nous avoir autorisé à puiser largement dans ses travaux antérieurs et dans ses leçons.

Nous devons une juste reconnaissance à M. le docteur Bresset, dont l'aide nous fut si précieuse au cours du présent travail.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Jusque vers la fin du dernier siècle les méthodes médicales : ponction évacuatrice simple avec ou sans aspiration, ponction suivie d'injection parasiticide, suivant les procédés de Bacelli, de Debove, de Hanot, étaient restées, en dépit des efforts de quelques chirurgiens, le traitement d'élection des kystes hydatiques. Aujourd'hui la ponction est définitivement abandonnée et Dieulafoy lui-même, l'un de ses plus chauds défenseurs écrivait en 1904 dans son *Manuel de Pathologie interne* à propos des kystes hydatiques du foie : « Somme toute j'ai peu à peu délaissé la ponction aspiratrice et je conseille de recourir à la laparotomie ».

En 1877, au sixième Congrès des chirurgiens allemands, Volkmann signalait un nouveau procédé de traitement des kystes hydatiques du foie : l'incision en deux temps, avec application des méthodes antiseptiques. Deux ans plus tard, Lindemann faisait décrire par son élève Kirchener[1], l'incision large en un temps. Et dès l'année suivante (1880) Landau[2] modifiait le procédé. C'était la marsupialisation, telle qu'elle se pratique encore aujourd'hui : ouverture large de la cavité kystique précédée ou suivie de la fixation de la poche à la paroi avec large drainage.

1. Kirchener. *Inaug. dissert.*, Berlin, 1879.
2. Landau. Berlin, *Klin Wochen*, 1880.

Née en Allemagne où elle eut un prompt succès, de même qu'en Angleterre, la méthode fut longue à s'acclimater en France. Il fallut la discussion de 1885 à la Société de Chirurgie de Paris et l'autorité des Terrier, Lucas-Championnière, Richelot, Trélat, Segond, Bouilly, Monod, Reclus[1]..., pour la faire adopter et la vulgariser. Opération simple, ne nécessitant même pas l'anesthésie générale, elle devint vite le procédé classique de traitement des kystes hydatiques. Ses suites immédiates sont habituellement bénignes. Il n'en est malheureusement pas de même de ses conséquences éloignées : fistules interminables, éventrations, suppurations à distance, cachexie. Il fallait donc trouver un procédé plus rapide et plus efficace : ce devait être *la suture du kyste sans drainage*.

Déjà en 1883, Knowsley Thornton[2] avait incidemment suturé un kyste hydatique du foie. Le chirurgien anglais croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire et ce ne fut qu'après la laparotomie qu'il rectifia son diagnostic. Voici comment il décrivit son opération : « Je suturai l'ouverture du kyste à la paroi abdominale et après avoir soigneusement asséché le sac je fermai le tout sans drainage aucun. » Et il ajoutait : « *This was an experiment*, but it seemed to me that, when once thoroughly cleared of hydatids, the sac would not be a secreting one, as it had not suppurated, and if a little serum was effuted into the cavity, it would gradually re-absorb as the sac contracted. » Thornton concluait « qu'une grande cavité, à condition de n'être pas suppurée, peut entièrement se rétracter et disparaître sans drainage, après un nettoyage complet, et sans qu'il restât rien qui pût amener une sécrétion nouvelle ».

Les considérations de Thornton sont des plus intéressantes. Cependant la technique qu'il a suivie n'en a pas moins pour

1. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chir.*, 1885 et 1886.
2. Knowsley Thornton. *Medical Times*, 1883. T. I, p. 89-90.

lui un caractère exceptionnel. Il la considère, ainsi qu'il le dit lui-même, comme une expérience, et ce qui le prouve bien, c'est que nous n'avons pu trouver dans la littérature un seul autre cas publié par lui.

Il est certain que Thornton a été un précurseur et il faut lui reconnaître ce mérite ; mais il est non moins certain que dans son article du *Medical Times* il n'a pas proposé la suture sans drainage comme méthode générale de traitement des kystes hydatiques et que cet article n'a nullement attiré l'attention du monde chirurgical.

Cet article est de 1883 ; or la première observation de réduction sans drainage que l'on trouve ensuite est celle de Frantz Kœnig [1], et elle a été publiée en 1891. Cette observation était, comme celle de Thornton, passée complètement inaperçue, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, car elle a été publiée dans un travail consacré à l'étude de la valeur comparative de l'incision en deux temps et de l'incision en un temps. Il s'agissait d'un kyste hydatique du petit bassin dont la dissection était difficile, et en raison de l'état misérable du pouls, la narcose profonde paraissait dangereuse. Alors « après ablation complète de la vésicule, ce qui reste du sac est désinfecté et l'ouverture fermée par une suture continue au catgut. Désinfection du ventre, iodoforme ; fermeture par une suture profonde et pansement ».

Le fait est donc incontestable. F. Kœnig a essayé et avec succès, puisque sa malade guérit en moins d'un mois, la suture sans drainage, d'un kyste du petit bassin. Mais il ne l'a employée que comme pis-aller et n'a même jamais songé à l'appliquer aux kystes hydatiques du foie ou des autres organes abdominaux.

1. F. Kœnig. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891 : Les kystes à échinocoques de la cavité abdominale et leurs particularités avant, pendant et après l'opération.

Et cette observation complètement ignorée a été exhumée en 1900 par Th. Jonnesco à l'époque où, sous l'influence des efforts de Pierre Delbet, la réduction sans drainage commençant à se répandre, on cherchait à contester le rôle indiscutable qu'il a joué dans cette question.

La même année 1891, Bond[1], de Leicester, publie, au mois d'avril, dans le « *British médical Journal* » un cas de kystes multiples de l'abdomen. L'un de ces kystes « which lay beneath the transverse colon and omentum » fut après ponction, incision, extraction des vésicules-filles et de la vésicule-mère, puis assèchement de la cavité, réduit dans la cavité abdominale. Un autre siégeant dans l'épiploon fut extirpé. Le troisième du volume d'une balle de cricket et siégeant dans la région rénale gauche en connexion avec le mésocôlon, fut ponctionné, incisé, vidé de sa vésicule-mère. Puis en suturant la paroi abdominale Bond passa les fils dans la paroi des poches kystiques. Il mit un drain dans chacune de ces poches, et les enleva au bout de 16 heures. La fermeture de la paroi fut complétée à ce moment, seulement.

Mais, fait intéressant, dans une précédente intervention, 6 mois auparavant, chez ce même malade, Bond, après avoir ouvert et marsupialisé un kyste suppuré du cul-de-sac recto-vésical, réduisit sans drainage aucun, un petit kyste, du volume d'une orange de Tanger situé dans la fosse iliaque.

En commentant cette observation, Bond écrivait : « I wish to bring into proeminence a method of treating cysts which are still living and growing, and which contain clear fluid with or without daughter-cysts, and this is the method of incision and evacuation of the cyst contents, without any subsequent drainage, or with only temporary drainage for a few hours after the operation in certain cases. » Et il concluait que « certains

1. Bond. *Brit. Med. Journ.*, 11 avril 1891, t. I, p. 795-796.

kystes hydatiques de l'abdomen qu'il serait difficile de marsupialiser dans la plaie, peuvent fort bien être traités par incision et réduction de la poche, pourvu qu'on prenne soin d'évacuer complètement leur cavité du contenu liquide et des membranes élastiques et de suturer ensuite les lèvres de l'incision. » Il terminait ainsi : « Further I see no reason why we should not deal with cysts of the liver and other organs in the same way, provided, of course, that suppuration had not occurred and that sufficient length of incision into the cyst could be made to allow of complete evacuation. »

On voit que Bond a hésité entre la suppression complète du drainage et le drainage temporaire. D'autre part s'il envisage la possibilité de traiter de cette façon les kystes hydatiques du foie, il ne l'a pas fait lui-même.

Enfin Bond a suturé à la paroi abdominale les kystes qu'il a traité avec drainage temporaire ou sans drainage. Or cette méthode n'est pas celle qu'a préconisée le professeur Pierre Delbet.

Le court article publié par Bond dans le *British méd. journal* le 11 avril 1891 marque incontestablement une étape importante dans l'évolution récente de la thérapeutique des kystes hydatiques.

Cependant ce n'est guère qu'en Australie qu'il a trouvé des échos, et nous allons voir lesquels.

On a dit et répété qu'en 1895, à l'époque où le professeur Delbet en France, et Posadas en Argentine ont commencé leurs travaux qui ont eu pour résultat de modifier la thérapeutique des kystes hydatiques dans le monde entier, la réduction sans drainage était communément employée en Australie. Il n'est pas d'erreur plus complète. Voici les faits qui le prouvent.

A la 3e session du Congrès intercolonial d'Australie qui se tint du 26 au 30 septembre 1892, le président du Congrès, W. Gardner recommande encore « l'ouverture large du kyste

hydatique et l'attache de ses bords à la paroi abdominale ».

« Peut-on, ajoute-t-il, comme Bond de Leicester, refermer avec succès un kyste hydatique après en avoir enlevé le contenu et l'avoir fixé à la paroi abdominale ? » M. Gardner croit la chose possible, mais montre peu d'enthousiasme. Et Philip T. Thane préconise encore l'injection intrakystique d'une solution de bichlorure de mercure, pendant que Tremeam (de Victoria présente un malade guéri par injection également d'une solution forte de bichlorure de mercure.

Les années suivantes la méthode est adoptée par Moore, Barnett et Syme, tandis que d'autres chirurgiens comme Thompson ne suturent les lèvres de l'ectocyste qu'après avoir fait un lavage de la poche avec une substance antiseptique.

Dès 1894, *la Bonds' opération*, comme on l'appela en Australie, perd de ses adeptes. Ryan[1] réduit la poche kystique, vidée de son contenu, sans en suturer les lèvres. Hamilton-Russel l'imite. Le 5 décembre 1894 à la *Medical Society of Victoria,* a lieu une importante discussion sur le traitement des kystes hydatiques. Les chirurgiens australiens se montrent partisans de la réduction poche ouverte et n'admettent plus la suture des lèvres kystiques si ce n'est pour les petits kystes.

Bond lui-même semble s'être rallié aux conclusions des chirurgiens australiens et en 1895[2] il rapporte un cas dans lequel il a employé la réduction sans suture de la poche, pour deux kystes du foie[3].

Ainsi en 1895, la technique de Bond, qui ne s'était jamais généralisée en Australie, y était à peu près abandonnée et Bond lui-même, qui d'ailleurs n'avait jamais formellement con-

1. Ryan. *The Lancet,* 1895, p. 378.

2. Bond. *Brit. Med. Journ.*, 26 janvier 1895.

3. Nous reviendrons sur la réduction poche ouverte. Ce qui explique son succès en Australie, c'est sans doute qu'on y opère beaucoup de petits kystes.

seillé la suture sans drainage comme méthode générale, comme méthode de choix, semble y avoir renoncé.

Moore[1] a pu écrire qu' « à la réunion du congrès médical d'Australie tenue à Brisbane en septembre 1899, on vit que l'opération de Bond avait été le plus universellement abandonnée ».

Revenons à l'Europe.

Billroth[2] publie en 1892 des observations de kystes hydatiques traités par la réduction sans drainage, après suture du kyste. Mais avant de suturer la poche, il la remplit d'une émulsion iodoformée.

D'autre part Bobroff[3] de Moscou emploie en 1894 un procédé analogue à celui de Billroth. Mais une jeune fille de 24 ans qu'il a ainsi traitée a des accidents graves d'intoxication iodoformique. Il remplace alors l'émulsion iodoformique par la solution salée physiologique. Cette injection d'un liquide indifférent dans la poche est destinée selon lui, à créer une pression positive et à empêcher une exsudation de sérosité, de sang ou de bile.

En France, si nous consultons les divers travaux et publications parus sur cette question jusque vers 1896, nous ne trouvons aucune mention de kyste hydatique traité par la suture sans drainage. L'année dernière[4] a paru une « Table des Matières des Travaux de la Société nationale de Chirurgie de Paris » dressée, sous la direction de M. Ch. Monod par le Dr A. Morin. Elle relate les diverses communications faites à la savante et célèbre Société de 1843 à 1893. En nous reportant à ses indications, nous trouvons, comme procédés appliqués au traitement des kystes hydatiques du foie, tour à tour :

1. Moore. *Intercolonial medical Journ. Austral.*, 20 july, 1903, VIII, 324.
2. Billroth. *Soc. Imp. et Roy. de méd. de Vienne,* 20 mai 1892, p. 256.
3. Bobroff. *Archiv. f. Klin Chirg.*, 1898, t. LVI, p. 819.
4. *Table des matières des travaux de la Société nationale de Chirurgie de Paris,* 1843-1893, dressée sous la direction du Dr Ch. Monod par le Dr André Morin, 1913. Paris, p. 203-205.

la ponction avec ou sans injection iodée, la marsupialisation, l'extirpation totale quand le cas s'y est prêté. Il n'est jamais question de suture sans drainage.

La première opération par ce procédé est faite par M. Pierre Delbet le 13 décembre 1895. Jusque-là il a toujours pratiqué la marsupialisation. Mais certaines constatations : — facilité de l'ablation de la vésicule mère, absence de sécrétion de la membrane adventice, rétraction rapide de cette membrane quand les hydatites sont enlevées — le conduisent à changer son procédé opératoire. Et c'est ainsi que l'occasion se présentant, en décembre 1895 « il suture, réduit dans l'abdomen, sans le remplir, sans le fixer à la paroi un énorme kyste du foie ». La malade — une femme de 35 ans — a parfaitement guéri avec une réunion par première intention.

Le 11 février 1896[1], M. Pierre Delbet déposait à l'Académie de médecine une note au sujet de ce cas. A la séance suivante (18 février), Duplay chargé du rapport faisait connaître la nouvelle méthode et donnait les conclusions du mémoire de M. Delbet : « Le procédé de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés consiste dans l'incision large du kyste, l'ablation de la membrane fertile, le resserrement de la cavité restante par des sutures et son abandon dans l'abdomen sans drainage ».

Le 5 mai 1896[2] M. Delbet communiquait son deuxième cas à l'Académie de Médecine.

Et pendant qu'il continuait à appliquer son procédé, ses *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu* (1897)[3], la thèse de son élève *F. Baraduc* (1898)[4], ses communications à la

1. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 11 février et 18 février 1896.

2. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 5 mai et 26 mai 1896.

3. Pierre Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu (août-septembre 1897). Paris, 1899.

4. Baraduc. Thèse de Paris, 1898.

Société de Chirurgie (1899)[1], faisaient connaître la méthode. Elle fut d'abord sévèrement jugée et à la Société de Chirurgie, Segond se déclarait fidèle « à l'incision large, avec suture des lèvres de l'incision kystique à la paroi abdominale ». Mais dès l'année suivante on devait se montrer plus favorable et Quénu, Hartmann, Rochard, Brun, Monod, Schwartz, Guinard[2] apportaient des observations toutes favorables à la nouvelle technique. Désormais « cette question absolument ignorée en France quand M. Delbet en 1895, fit sa première communication à l'Académie, comme dira plus tard M. Quénu, est devenue une méthode générale ».

En disant que la question était absolument ignorée en France, M. Quénu[3] parle de la suture sans drainage. Quant à la réduction libre avec ou sans capitonnage, elle ne pouvait qu'être ignorée puisqu'elle n'avait jamais été employée avant Pierre Delbet.

C'est alors que l'on contesta à M. Pierre Delbet la priorité du procédé.

M. Tuffier[4] attribua d'abord la méthode à Bobroff en la décrivant ainsi : « ouvrir le kyste, gratter la poche, laver avec un antiseptique et refermer ». C'était manifestement inexact. A une séance postérieure de la Société de Chirurgie, M. Pierre Delbet rappelait que Bobroff avait commencé par employer le procédé de Billroth ou remplissage de la poche suturée avec une solution de glycérine iodoformée. A la suite d'accidents d'intoxication, le chirurgien russe remplaça la glycérine iodoformée par un liquide indifférent : la solution salée physiologique. C'est seulement le 21 janvier 1897[5] qu'il réduisit pour

1. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1899, p. 37.
2. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1900, p. 10, 14, 60, 194, 196, 309, 534, 992.
3. Quénu. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 5 janvier 1909.
4. Tuffier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 18 janvier 1899, p. 38.
5. Bobroff. *Archiv. für. Klin. chir.* Berlin, 1898, t. LVI, 819-826.

la première fois sans drainage ni remplissage du sac, un petit kyste hydatique du pancréas, après extraction de la vésicule-mère. Mais la méthode avait déjà été employée dès 1895 par M. Pierre Delbet et deux communications avaient été faites par lui en février et mai 1896 à l'Académie de Médecine.

Le 27 décembre 1899, M. Jonnesco (de Bucarest)[1] adressait à la Société de Chirurgie de Paris, quatre observations de kystes hydatiques du foie, dont un cas de kyste double, traités avec succès par la réduction sans drainage et sans capitonnage. Sa communication débute ainsi : « Je vais apporter à l'appui de la thèse soutenue par mon ami Delbet quatre cas de kystes hydatiques traités par l'incision du kyste, évacuation de son contenu, extirpation de la membrane germinative, suture et réduction de la poche fibreuse sans capitonnage, ni drainage ».

M. Pierre Delbet qui était chargé du rapport sur ces quatre observations ajouta : « M. Jonnesco a très bien compris ma pensée. Je me suis proposé de réduire les kystes hydatiques sans les drainer, sans les remplir, sans les fixer à la paroi. Le capitonnage n'est qu'un moyen dont je me suis passé d'ailleurs dans certains cas. Mon but a été toujours, je l'ai dit, de substituer à la marsupialisation la réduction sans drainage ».

Mais, avec une inconséquence inexplicable, presqu'au même moment, M. Jonnesco, communiquant les mêmes faits à la Société de Chirurgie de Bucarest, disait qu'il avait employé la méthode de Thornton. M. Jonnesco semble avoir ignoré que Kn. Thornton *sutura l'ouverture du kyste à la paroi abdominale*. Rien de pareil ne se trouve dans les quatre observations qu'il a communiquées aux Sociétés de Chirurgie de Paris ou de Bucarest. M. Jonnesco n'a donc pas employé la méthode de Thornton.

Quelques mois plus tard, revenant sur cette question, au Con-

1. Jonnesco. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 27 décembre 1899, p. 968.

grès International de 1900, M. Jonnesco abandonnait Thornton comme il avait abandonné Delbet, et attribuait la méthode à Kœnig. Celui-ci, on le sait, n'a employé qu'une seule fois comme pis aller, puisqu'il ne pouvait faire autrement, la suture de l'adventice avec réduction sans drainage. Il s'agissait d'un cas de kyste hydatique du bassin. Jamais Kœnig n'a songé à ériger en méthode cette technique. Il l'a publiée dans une statistique générale où il n'est pas autrement question de cette technique.

Dans un ouvrage paru en 1905 sur les « kystes hydatiques du foie », M. F. Dévé [1], sans contester à M. Pierre Delbet une part importante « dans la vulgarisation de la nouvelle méthode, avec ses différentes variantes, non seulement en France, mais, on peut le dire, dans toute l'Europe » écrit « que la priorité en revient entièrement à Bond ».

Il est incontestable que, dès 1891, le chirurgien de Leicester a employé et décrit la suture sans drainage ou avec drainage temporaire. Mais encore une fois, ce n'est pas cela qu'a décrit le professeur Delbet. Sa méthode consiste à réduire libre dans l'abdomen la poche adventice. C'est la réduction sans drainage.

Il est incontestable que les nombreux travaux et communications du professeur Pierre Delbet ont eu pour résultat de faire adopter la suppression de tout drainage dans le traitement des kystes hydatiques. Mais on n'a pas suffisamment fait la distinction entre la suture avec fixation à la paroi, et la suture suivie de réduction libre. Or si l'on veut donner à ces méthodes des noms de chirurgiens, c'est celui de Thornton qu'il faut donner à la première : la suture avec fixation à la paroi ; c'est celui de Pierre Delbet qu'il faut donner à la seconde : la réduction libre après suture. Cependant il est juste d'associer au nom de Delbet celui de Posadas, car dans la même année 1895, simultané-

1. F. Dévé. *Kystes hydatiques du foie*, 1905, p. 147-151.

ment et indépendamment l'un de l'autre, ces deux chirurgiens arrivaient à des conclusions du même genre. En Argentine, où l'on semble avoir mieux compris la question, on donne à la méthode de réduction le nom de Posadas. La première observation de M. Pierre Delbet est du 13 décembre 1895, la première publication de Posadas a paru en Argentine le 31 décembre de la même année. Il nous paraît donc juste, nous le répétons, d'associer les noms des deux chirurgiens.

En 1910, dans un article publié dans le *Journal de chirurgie* [1], M. F. Dévé désigne cette fois, sous le nom de *procédé de Posadas* la *réduction simple avec suture*, et réserve à la *réduction sans drainage après capitonnage* celui de *procédé de Pierre Delbet*. C'est oublier que dans cette méthode il y a deux points, que M. Delbet a toujours bien distingués : l'un secondaire, contingent, c'est le capitonnage ou l'aspiration qu'il a employé depuis ; l'autre principal, la réduction après suture sans drainage. Nous y reviendrons en discutant les divers procédés opératoires du traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie. Ce que nous devons dire de suite, c'est que depuis 1899, les Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris témoignent de l'effort qu'a dû fournir M. le professeur Pierre Delbet pour faire adopter sa méthode, soit par les communications qu'il fit à la Société, soit par les nombreuses discussions auxquelles il prit part. Mais il est incontestable que le 31 décembre 1895, un chirurgien argentin, A. Posadas [2], a publié dans les *Anales del Circulo medico Argentino* quatre observations de kystes hydatiques opérés par « l'incision du kyste, l'évacuation du liquide, l'extraction de la membrane germinative et la suture de la poche périkystique sans drainage ».

1. *Journal de chirurgie*, 15 mai 1910, p. 471-473, n° 5. Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques du foie.

2. Alejandro Posadas. *Quistes hidatidicos. Anales del Circulo medico argentino*, 31 décembre 1895, p. 613.

Le résultat fut excellent ; deux des kystes siégeaient dans le foie, un autre dans le rein, un troisième cas se rapportait à un kyste de la glande sous-maxillaire. En même temps, Posadas faisait une critique sévère de la ponction et du drainage.

Au mois de février suivant Alejandro Posadas [1] rapportait trois nouveaux cas opérés par la même méthode et commençait ainsi sa publication : « Los siguientes casos de quistes hidaticos que he operado después de mi última publicatión, han sido ignolmente tratados por la extirpación de la membrana fertil y la sutura immédiata, obteniéndose siempre la curación ».

En réalité, une de ses opérées mourut le troisième jour. Ce malheur n'est pas imputable à la méthode, mais à un lavement de glycérine phéniquée administré par erreur ; la malade mourut intoxiquée.

Les Thèses de Berga [2], de Lacasa [3], les travaux du professeur Blancas [4], de Decoud [5], de Risso [6], montrent que le procédé est adopté et appliqué en Argentine « pera aquellos casos en que el liquido sea claro y transparente, no haya adherencias entre la periquistica y la germinativa y siempe que se este seguro de una asepsia perfecta ».

Concurremment avec ce procédé, on continue à utiliser : la ponction pour les petits kystes et pour ceux qui sont facilement abordables, l'incision et le drainage pour les gros kystes.

Aussi en 1898, au premier Congrès scientifique Latino-Américain [7], Posadas lutte contre cette application de la ponction simple ou suivie d'injections parasiticides et n'accepte la mar-

1. Alejandro Posadas. *Anales del Circ. med. arg.*, fer. 15. 1896, p. 77.

2. Berga. Tesis de Buenos-Aires, 1897.

3. Lacasa. Tesis de Buenos-Aires, 1897.

4. Blancas. Communicación à la Academia de medicina, Agosto 1897. *Semana Medica*, p. 345.

5. Decoud. Los quistes hidatid. del. hidago. *Semana Medica*, 1897, p. 363.

6. Risso. *Anales del Circ. Medic. Argent.*, 1897, p. 514.

7. Posadas. Primer congreso cientifico latino-americano. Buenos-Aires, 1898. *Tratamiento de los quistes hidatidicos.*

supialisation que pour les cas de kystes suppurés. Il décrit à nouveau son procédé : « Previa extracción del liquido con un trócar, se abre la bolsa adventicia periquistíca, se extrae la membrana fértil con su contenido, se seca y se limpia bien con compresas la cavidad de la bolsa periquistica. Si hay porcíones exhuberantes resecables de esta bolsa fibrosa, se extirpan : finalemente se sutura la incisión que le ha sido praticada, tratando por la inversión de sus bordes y por el modo de pasaje de los hilos, analaga al de las suturas intestinales, de disminuir en lo posible la cavidad. Se abandona el muñón restante y se practica la sutura completa y sin drenaje de toda la herida operatoria. »

Posadas concluait : « el tratamiento de elección en los quistes hidáticos no supuratados y que no son susceptibles de la extirpación completa debe ser la extracción de la membrana germinal y la sutura completa sin drenaje. »

A l'appui de ses conclusions, il apportait une statistique de 53 kystes hydatiques du foie, du poumon et d'autres organes traités par cette méthode. Et plus tard, Arcé (1904) devait publier la statistique complète de Posadas qui comptait alors 113 kystes en grande partie hépatiques, tous traités par la réunion sans drainage, et cela avec sept morts survenues pour des causes étrangères à la méthode [1].

Cependant la méthode est loin d'être universellement adoptée par les chirurgiens argentins. Sans compter les procédés dissidents de A. Llobet, de Varsi, etc., dont nous parlerons ultérieurement, Herrera Vegas et Daniel J. Cranwell [2] donnent leur préférence à la marsupialisation. Ils écrivent en 1901 « El tratamiento de elección para los quistes hidatidicos del higado

1. Arce. *Tratamiento de los quistos hidatidicos uniloculares del higado.* Buenos-Aires, 1904.

2. M. Herrera Vegas et Daniel J. Cranwell : *Los quistes hidatídicos en la república argentina.* Buenos-Aires, p. 129-130.

es la marsupialisación y el drenaje. El procedimiento de la sutura sin drenaje es de excepción, solo se debe emplear en los quistes pequeños y de contenido aseptico ». Ils ont d'ailleurs à cette époque opéré 254 kystes hydatiques du foie, à contenu clair par la marsupialisation, tandis qu'ils n'en opéraient que 125 par la suture sans drainage. Quoi qu'il en soit, presque au même moment et à l'insu l'un de l'autre les deux chirurgiens : Pierre Delbet et A. Posadas avaient conçu et appliqué la méthode de réduction sans drainage. L'un et l'autre l'ont ensuite défendue chaleureusement. Il n'en reste pas moins vrai que Posadas la faisait difficilement accepter en Argentine, tandis que M. Pierre Delbet la faisait adopter non seulement en France, mais pour ainsi dire dans l'Europe entière.

Des procédés plus ou moins dérivés de la méthode de suture sans drainage ont été ensuite employés.

En 1897 F. Llobet[1] décrit un procédé depuis longtemps employé par A. Llobet et qui consiste dans « l'extirpation de la membrane germinative non suppurée et la suture de la poche périkystique aux abords des plans musculaires et aponévrotiques pour finir par la suture de la peau ». Cette technique n'est qu'une variante de celle de Thornton et ne peut avoir d'autre résultat que de favoriser l'éventration.

En 1900 Varsi[2], autre chirurgien argentin, propose un procédé analogue. Il fixe l'adventice au péritoine pariétal « se suturara el borde peritoneal al borde de bolsa periquistica, siendo est tiempo lo original de la operación. » Ensuite « sutura de la bolsa sutura musculo-aponevrotica; sutura de la piel. »

En 1901, Rasumowsky[3] fixe temporairement le sac à la paro

1. F. Llobet. *Tratamiento de los quistes hidatidicos del hidago.* Tesis de Bueno Aires, 1897.

2. Varsi. *Anales del circulo med. argent.*, t. XXIII. Julio 31 et agosto 30 de 190 nos 7 et 8. *Tratamiento de los quistes hidatidicos del Hidago*, p. 261-268.

3. Rasumowsky. Premier congrès national des chirurgiens russes. In *Semain médicale*, 1901.

de manière à pouvoir rouvrir d'emblée s'il survient une complication et à passer ainsi « de l'occlusion qui est le procédé idéal à la marsupialisation ».

Enfin en 1905, Mabit, chirurgien de l'hôpital français de Buenos-Ayres, décrit une modification du procédé australien : « Je résolus, dit-il, d'abandonner purement et simplement la membrane adventice dans la cavité abdominale après en avoir réséqué la plus grande partie possible et de refermer la paroi abdominale sans drainage. Je réaliserais ainsi une véritable cure radicale des kystes hydatiques. » En réalité, Mabit procède à une sorte d'extirpation du kyste. Dans certains cas, que nous citerons plus loin (p. 55), cette extirpation est si complète qu'il ne reste plus qu'une cupule de membrane adventice incluse dans le parenchyme glandulaire. Le procédé est donc très différent de celui d'Hamilton-Russel et des Australiens, qui consiste à réduire l'adventice non suturée, après évacuation du contenu liquide et de la seule vésicule parasitaire.

1. Mabit. *Revue de chirurgie.* Paris, 1905, 10 mai, p. 590.

DEUXIÈME PARTIE

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Actuellement, le seul traitement rationnel de l'échinococcose hépatique est la cure chirurgicale. Ce principe est aujourd'hui admis sans conteste. Nous passerons donc sous silence les différents procédés médicaux ou médico-chirurgicaux. Ils ne relèvent plus que de l'histoire.

Cependant, en 1906, M. Chaput[1] communiquait à la Société de Chirurgie l'observation de six cas de kystes hydatiques, dont quatre siégeant dans le foie, traités et guéris par l'injection de quelques gouttes de formol concentré. Il recommandait cette technique simple chez les malades pusillanimes qui redoutent la laparotomie.

M. Chaput ressuscitait sous une forme un peu différente, la méthode de Bacelli-Debove. Mais sa technique restait passible de tous les reproches que l'on a fait à la ponction thérapeutique. Elle ne semble pas d'ailleurs avoir trouvé d'écho auprès du corps médical.

Trois grandes méthodes se partagent le traitement des kystes hydatiques du foie, à contenu clair, les seuls dont nous ayons à nous occuper ici : l'extirpation, la marsupialisation, la suture du sac sans drainage, avec ou sans réduction.

1. Chaput. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 14 février 1906, p. 179.

CHAPITRE PREMIER

EXTIRPATION

Ce terme prête à confusion. Logiquement, extirper un kyste hydatique, c'est enlever le parasite. Or le parasite est limité par la membrane germinative. Comme on l'enlève avant de suturer l'adventice, toute opération qui se termine par la suture sans drainage commence par une extirpation du parasite. C'est dans ce sens que Posadas emploie le terme d'extirpation.

Ce sens logique n'est pas celui qui a prévalu. Généralement on désigne par extirpation : l'*ablation de la zone fibreuse péri-parasitaire* dite membrane adventice. Ainsi entendue, l'extirpation peut se réaliser de deux façons différentes : en décortiquant le kyste intraparenchymateux, ou en sectionnant le pédicule d'un kyste extériorisé du foie. Dans le premier cas, on fait une énucléation, dans le second une extirpation proprement dite.

1° Énucléation

Elle consiste, avons-nous dit, à extirper du foie la paroi conjonctive péri-parasitaire, en utilisant un plan de clivage qui la séparerait du parenchyme hépatique. Mais il n'existe pas de plan de clivage entre l'adventice et le parenchyme hépatique voisin. Comme l'a dit F. Dévé « ce procédé opératoire est basé sur une erreur anatomique ». En effet « cette membrane adventice » n'a rien de parasitaire. Elle n'est que du tissu hépatique où l'élément cellulaire s'est atrophié par compression, surtout

au voisinage immédiat de la vésicule parasitaire, tandis que l'élément conjonctif persistait, formant des trousseaux fibreux. Mais à sa périphérie elle se continue insensiblement avec le tissu hépatique sain. Et dans cette zone de transition s'accumulent les canaux biliaires et les vaisseaux sanguins refoulés par tassement progressif. On comprend donc ce qu'a d'irrationnel ce procédé opératoire. D'une part « le plan de clivage » n'existant pas, il y a nécessité pour l'établir de disséquer en plein tissu hépatique. Et l'on voit les dangers auxquels on s'expose ainsi, danger d'écoulements sanguins ou biliaires abondants, danger d'ouverture d'un gros vaisseau en raison des rapports intimes existant en certains cas entre les kystes hydatiques du foie et le système veineux cave, ou sus-hépatique. D'autre part la « membrane adventice » est comme l'a dit M. Delbet « une membrane de défense enkystant l'être parasitaire qui, le parasite enlevé, se rétracte complètement et rapidement, puis disparaît ». La persistance d'une bande cicatricielle intrahépatique ne saurait d'ailleurs présenter aucun inconvénient.

En fait les chirurgiens qui ont tenté l'énucléation ont le plus souvent dû laisser l'opération inachevée en raison des difficultés qu'elle présentait. Vigneron[1] lui-même, dans la thèse qu'il a consacrée à ce sujet, admet qu'elle restera un procédé d'exception. Pour justifier la méthode on a dit « qu'elle seule met sûrement à l'abri des récidives ». Nous savons aujourd'hui que la récidive n'a rien à voir avec le tissu fibreux qui entoure le parasite.

Nous conclurons donc avec M. F. Dévé : « *la critique* de l'énucléation *peut se résumer en quatre mots : c'est un procédé irrationnel, impraticable, dangereux et inutile qui doit tomber dans l'oubli* ».

1. Vigneron. Thèse de Paris, 1895. *De l'énucléation des kystes hydatiques du foie.*

2. F. Dévé. *Les kystes hydatiques du foie,* 1905, p. 145.

2° Extirpation totale

Elle est le traitement idéal, puisqu'elle tend à extirper entièrement le kyste sans ouverture de la poche kystique. Mais elle exige certaines conditions qui, dans la pratique, ne se trouvent que bien rarement réalisées. Le kyste ne doit tenir au foie que par un mince pédicule. Il ne doit avoir contracté, dans la cavité abdominale, que des adhérences faibles et faciles à vaincre. C'est parfois le fait des kystes sous-hépatiques antérieurs. Dans ces cas tout à fait exceptionnels on commence par libérer les adhérences unissant le kyste aux organes voisins, puis l'on fait la ligature soignée du pédicule. Une simple section suffit ensuite pour permettre d'extraire en bloc la tumeur. On termine par l'inclusion du moignon dans un repli séreux fait au péritoine sous-hépatique. Le malade guérit comme après l'ablation d'un kyste de l'ovaire non adhérent. Ce fut la technique suivie, pour la première fois en France, dans un cas semblable, par Terrier[1] et qu'après lui pratiquèrent Segond, Schwartz, etc.

L'extirpation totale est encore légitime quand une partie minime du kyste est seule incluse dans le foie. Il s'agit de kystes qui se sont pour ainsi dire énucléés d'eux-mêmes. Dans ces cas on pourra tailler franchement dans le parenchyme hépatique, pratiquer une hépatectomie. Quelques points de suture de la section hépatique seront ensuite suffisants pour arrêter une hémorragie à la vérité jamais bien considérable.

Avec ces deux indications, l'extirpation totale reste encore un procédé d'exception, bien rarement applicable. En Allemagne même où le procédé est plus souvent employé qu'en France, Erlich[2], assistant militaire du professeur Payr, écrit : « Pour

1. Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* 27 mai 1886.

2. Erlich. Zur Kasuistik der multiplen echinokoken der Leber. *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1909, LXI-3, p. 629.

les kystes pédiculés ou ceux qui siègent en une région bien accessible du foie, l'extirpation sera le meilleur procédé ; mais pour les kystes inclus profondément dans la substance du foie il vaudra mieux se résoudre à une des autres méthodes parce que l'extirpation est trop dangereuse et même techniquement impraticable ».

A l'époque où l'on n'avait à opposer à l'extirpation que la marsupialisation, on pouvait être tenté en raison des nombreux inconvénients de cette dernière d'étendre les indications de la première. A l'heure actuelle, la réduction sans drainage donne des résultats aussi beaux que l'extirpation la plus simple. L'extirpation ne nous paraît donc indiquée que dans les cas de kyste si franchement pédiculé que le traitement du pédicule ne présente aucune difficulté.

CHAPITRE II

MARSUPIALISATION

Elle se pratique en fixant par un certain nombre de points de suture les bords de l'ouverture de la poche adventice aux lèvres de l'incision abdominale. On introduit ensuite un ou deux gros drains dans la poche kystique. Les jours suivants, par leur ouverture, s'élimineront des débris de membranes hydatiques. Cependant la poche vidée se rétractera peu à peu, se comblera et finira par s'oblitérer.

Tel est, à grands traits, résumé le processus de guérison par ce procédé opératoire. Nous n'insistons pas à dessein sur la description de la technique de la marsupialisation. On la trouvera longuement détaillée dans les thèses de Braine [1], Potherat [2], Demars [3] et dans les divers traités classiques de chirurgie. C'est qu'en effet ce procédé ne nous intéresse qu'indirectement. La très grande majorité des chirurgiens admet actuellement que le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie ne nécessite pas de drainage. La marsupialisation ne tire plus ses indications que des contre-indications même de la réduction sans drainage.

En effet, la marsupialisation, procédé simple, aisé à pratiquer et de suites immédiates le plus souvent bénignes, expose à des complications graves que nous allons étudier rapidement.

1. Braine. Th. Paris, 1886.
2. Potherat. *Ibid.*, 1888-1889.
3. Demars. *Ibid.*, 1888-1889.

Ce sont : la suppuration, la cholérragie, les fistules prolongées, les éventrations.

La suppuration est une conséquence presque fatale du drainage. Il est possible que dans certains cas, cette suppuration soit d'origine endogène, consécutive à l'infection du sang ou de la bile ; mais c'est là une très rare exception. Dans l'immense majorité des cas, l'infection vient du dehors, et elle est à peu près inévitable chez les malades qu'on panse fréquemment. Dans certains cas, chez des malades ayant déjà un mauvais état général, avec un foie atrophié cirrhotique, et par conséquent insuffisant, cette infection secondaire de la poche, par les microorganismes venus de l'extérieur, peut avoir des conséquences fatales. Mais toujours elle aura pour effet de retarder la cicatrisation de la poche. Ce sont alors des fistules interminables clouant le malade au lit pendant plusieurs semaines et ne se tarissant qu'au bout de plusieurs mois.

En 1901, Vegas et Cranwell[1] ont donné une longue statistique de kystes hydatiques traités par la marsupialisation, dans la République Argentine. Malheureusement pour beaucoup des 254 cas traités par cette méthode les indications sont trop sommaires pour que nous puissions en tirer quelque conclusion pratique[2]. Restent 185 cas qui ont donné 10 morts et 175 guérisons. Mais la guérison ne fut obtenue qu'après de longs mois. On relève sur ce nombre global de 175 guérisons, seulement 35 cas d'oblitération de la poche en un mois et 49 en deux mois. Pour le reste, la fistule persista plusieurs mois, durant 7 mois dans 3 cas, 8 mois (3 cas), 9 mois (2 cas),

1. Vegas et Cranwell. *Los quistes hidatidicos en la Republica Argentina*, 1900, p. 307.

2. Nous sommes autorisés à rejeter ces observations car elles sont notoirement insuffisantes, telles que obs. XXXVI : « 32 ans, sexe masculin, Espagnol, journalier. Kyste hydatique du foie. Entré le 5 février, sorti le 1er mars. Hôpital de Clinicos, 1892 », ou bien comme dans l'ob. CLDI, trop laconiques. Il y est dit que le traitement institué fut la laparotomie « Entrée 23 septembre, mort de péritonite », etc.

10 mois (2 cas), 11 mois (2 cas). Gérard-Marchant et Campenon ont même cité deux observateurs où la fistule ne se tarit qu'au bout de cinq ans et de trois ans. Inutile de s'appesantir sur les conséquences funestes d'un tel état de suppuration et de fistulisation prolongées. La statistique précédente de Vegas et Cranwell qui porte sur un nombre assez élevé de cas, correspond d'ailleurs à la moyenne observée. Les chirurgiens « qui parlent de guérison en trois semaines ou quatre semaines sont victimes d'une illusion ; leurs malades ont pu quitter l'hôpital après cette période, mais ils n'étaient pas guéris »[1].

Les fistules consécutives à la marsupialisation des kystes ne sont pas toujours dues à la suppuration simple. Il en est qui sont liées à la cholérragie secondaire plus ou moins septique car la cholérragie est un des accidents le plus souvent observés avec ce mode de traitement des kystes hydatiques du foie. Végas et Cranwell en rapportent de nombreux cas dans leur statistique et la considèrent comme presque constante[2]. C'est aussi l'avis de Landau[3], de Körte[4], de Berger[5].

L'écoulement de bile se produit soit d'emblée : cholérragie primitive, soit au bout de quelques jours : cholérragie secondaire. Nous n'insisterons pas sur la cholérragie primitive. Elle est due à la diminution de pression dans la cavité qui permet la rupture des canalicules biliaires, frêles et déjà dilatés. Ce n'est qu'une cholérragie partielle, peu abondante en général et guérissant facilement.

Il n'en est plus de même des cholérragies secondaires qui sont parfois très abondantes. Ces cholérragies secondaires ont pour nous une extrême importance. Comme elles sont très fré-

1. Quénu. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 5 janvier 1909.
2. Vegas et Cranwell. *Tratamiento del quistes hidat.*, 1910, p. 53.
3. Landau. *Verhandlungen der Deutsch. Gesells. für. chir.*, 1882.
4. Körte. *Beitrage zur Klin. chir.*, 1889.
5. Berger. *Beitrage zur Bauch. chir.*, 1902.

quentes à la suite de la marsupialisation, on s'est demandé ce qui arriverait si elles se produisaient dans un kyste suturé.

Ont-elles chance de se produire après la suture? M. Pierre Delbet a soutenu que non. Pour lui ces cholérragies secondaires sont fonction de septicité. Il les a assimilées aux hémorragies secondaires ou septiques qui compliquent fréquemment les plaies suppurantes. « Ces cholérragies secondaires, écrit-il, sont dues à l'exfoliation de la paroi kystique, à l'ulcération des canaux biliaires qui serpentent en grand nombre dans la membrane adventice. » Et ce qui prouve bien l'exactitude de cette conception c'est que dans les cas de réplétion de la poche suturée, on n'a jamais trouvé dans le liquide épanché de bile en quantité notable.

Si l'écoulement de bile est léger ou de moyenne intensité, l'état général du malade pourra ne pas trop s'en ressentir. Terrier et Dujarier [1] ont rapporté une observation d'Israël dans laquelle le malade porteur d'une fistule biliaire pendant dix mois augmenta cependant de poids.

Mais si la cholérragie est abondante et assez prolongée, elle affaiblira le malade et dans certains cas pourra causer la mort. Car à la cholérragie prolongée se joint la suppuration. Ce fut le cas dans l'observation, que rapporte Mabit [2], d'une petite fille de six ans qu'il avait opérée d'un kyste hydatique du foie par le procédé de Lindemann-Landau. « Quelque temps après l'intervention qui n'avait donné lieu à aucun incident, une suppuration abondante s'établit et se compliqua bientôt d'une cholérragie incoercible. Malgré les traitements les plus variés et les soins les plus minutieux, la petite malade finit par succomber dans le marasme, après huit mois de souffrance. »

Dans ce cas malheureux, non plus que dans ceux de Kœnig [3]

1. Terrier et Dujarier. *Revue de chirurgie,* janvier 1906.
2. Mabit. *Revue de chirurgie,* 10 mai 1905.
3. Kœnig. *Deutsche Zeitschr. fur. Chir.*, 1891.

ou de Körte, on ne peut sans doute attribuer la mort au seul épanchement biliaire. Il n'en reste pas moins vrai que cette complication avait mis les malades en de mauvaises conditions pour supporter leur suppuration.

Il est une autre complication du drainage qui crée bien des ennuis aux malades. C'est l'éventration. Elle est due au défaut d'affrontement au niveau de la cicatrice des divers plans qui constituent la paroi abdominale. En effet ce qui constitue le fond de l'incision, c'est le kyste marsupialisé lui-même. Et ce kyste va être le siège d'épanchements secondaires, de suppurations plus ou moins prolongées, avec, comme conséquence, de longues fistulisations. Rien d'étonnant à ce qu'il se produise au niveau de cette fistule, quand elle guérira, un point faible, amorce d'une éventration qui se constituera peu à peu. Dans la statistique de M. Pierre Delbet qui comprend 8 cas de kystes hydatiques traités par la marsupialisation alors qu'il n'employait pas encore la réduction sans drainage, nous trouvons 3 cas d'éventration considérable à la suite de fistules ayant duré 3 mois et 3 mois et demi. « Qu'on ne dise pas, écrit M. Pierre Delbet[1] que l'éventration est un accident banal de la laparotomie. Non, il s'agit d'un accident spécial à la marsupialisation, et ce qui le prouve, c'est que l'éventration se produit exclusivement au point où la marsupialisation a été faite et seulement dans les cas où la fistule guérit. D'ailleurs à la suite des laparotomies ordinaires, l'éventration est devenue une rareté. »

Ajoutons qu'avec la marsupialisation la guérison est toujours lente et n'est que rarement parfaite. Sur les 8 malades que M. Pierre Delbet a opéré, par ce procédé, on n'en trouve qu'un seul qui ait bien guéri. Celui-là était porteur d'un kyste franchement intra-hépatique. Pour arriver jusqu'à la cavité kystique

1. Pierre Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, août-septembre 1897, p. 315.

il avait fallu traverser environ 4 centimètres de tissu hépatique sain. Le kyste contenait un peu plus d'un litre de liquide, mais très peu de vésicules filles. Dès qu'il fut vidé, la cavité s'affaissa presque complètement. La membrane adventice mince et peu résistante s'était facilement rétractée parce que le foie, dont l'élasticité avait été violentée, avait pu reprendre sa forme normale. Somme toute le malade s'était trouvé dans les mêmes conditions que si l'on avait suturé le kyste évacué de son contenu. La situation intra-hépatique du kyste avait été une cause favorable. De fait, la fistule légère consécutive au drainage se ferma au bout d'un mois ; le malade était guéri. Voici comment se répartissent les 7 autres opérés. Une malade est morte d'accidents pulmonaires 2 mois après l'opération ; elle ne mérite pas d'entrer en ligne de compte. Une autre malade a porté sa fistule pendant 9 mois puis guérit. Elle n'a pas été revue depuis de sorte que l'on ne peut dire l'état de sa cicatrice. Trois malades ont fini par guérir de leur fistule après les avoir portées pendant 3 mois au moins, mais ils ont des éventrations considérables ayant pour siège le point où a été faite la marsupialisation.

Enfin chez deux malades les fistules ont persisté. L'une est morte avec sa fistule qui durait depuis 2 ans et 9 mois : l'autre vit avec sa fistule depuis 2 ans et 4 mois.

Cependant M. Pierre Delbet n'a pas eu affaire à une série noire. Si, au lieu de suivre ses malades pendant des mois ou années après leur sortie de l'hôpital, il les avait perdus de vue, comme il arrive d'ordinaire, il aurait été conduit à d'autres conclusions et aurait trouvé excellents les résultats de la marsupialisation puisque tous ses malades avaient guéri.

Déjà d'ailleurs en 1886, Poulet, dans un excellent article de la *Revue de Chirurgie* avait écrit : « Plus d'un malade considéré comme guéri avec une petite fistulette suppure peut-être encore aujourd'hui ».

La marsupialisation en un temps de Lindemann-Landau avait constitué un incontestable progrès sur les méthodes antérieurement employées. Mais nous venons de voir qu'elle présente encore de graves inconvénients. La guérison est trop lente, puisque suppurations ou cholérragies peuvent créer des fistules qui durent plusieurs mois et même plusieurs années, et qui amènent dans certains cas l'épuisement des malades et la cachexie. La guérison est parfois incomplète, puisqu'il y a des fistules qui persistent indéfiniment. Avec elle enfin la guérison n'est pas de bonne qualité, puisque quand la fistule se ferme il se produit souvent une éventration à sa place.

Concluons que loin d'être le procédé d'élection de traitement des kystes hydatiques du foie, la marsupialisation, avec ses résultats médiocres, n'est qu'un pis-aller.

On est encore obligé d'y recourir dans certains cas. Voyons quels sont ces cas. En réalité, ils sont rares et M. Pierre Delbet pense même que si l'on faisait des diagnostics plus précoces, ils disparaîtraient complètement.

La suppuration du kyste constitue l'indication la plus formelle de la marsupialisation, car dans ce cas l'infection a pour siège la membrane adventice que l'on ne peut enlever. Mais dans la majorité des cas, on devrait faire le diagnostic des kystes hydatiques avant qu'ils soient infectés.

Il ne faut pas se hâter de déclarer suppurés tous les kystes hydatiques dont le liquide n'est pas clair. M. Delbet a insisté sur ce point à diverses reprises. Le liquide des kystes hydatiques n'a ses caractères classiques, limpidité et transparence parfaites, que dans les cas où le parasite est encore en voie d'évolution. Quand le parasite meurt, le liquide devient trouble, et le parasite peut être tué par d'autres causes que l'infection ou la cholérragie. Il est un type clinique que M. le professeur Pierre Delbet décrit dans ses leçons. La tumeur n'a pas la dureté habituelle des kystes hydatiques ; elle est semi-molle et

franchement fluctuante, mais il n'y a aucune élévation de température. Dans ces cas, M. Delbet n'hésite pas à affirmer que le parasite est mort, et bien que le liquide soit trouble, il n'hésite pas à suturer sans drainage la poche adventice.

Dans sa statistique personnelle nous trouvons deux observations (Obs. XCVI et CI) de kystes à contenu trouble. Dans la première il s'agit d'une malade opérée le 4 juin 1905, par la suture et réduction sans drainage d'un kyste de 3 litres et demi. Le capitonnage était impossible, mais on pratiqua l'aspiration et les parois vinrent au contact. L'opérée guérit en 15 jours. La seconde observation est plus complexe. Elle se rapporte à un cas de kystes multiples : l'un d'entre eux situé dans le foie, l'autre dans la fosse iliaque droite. Les deux poches contenaient un magma visqueux jaunâtre. C'étaient deux kystes morts depuis longtemps. M. Pierre Delbet capitonna puis sutura et réduisit sans drainage la première poche hépatique. Elle guérit très rapidement. Quant au second kyste, il était calcifié, nous le retrouverons au paragraphe suivant.

Une autre indication de la marsupialisation est tirée de la calcification de l'adventice. La calcification étendue n'a jamais été constatée par M. Pierre Delbet que dans les kystes morts, c'est donc encore une contre-indication qu'un diagnostic précoce supprimerait. Il est vrai cependant que certains malades consultent pour la première fois le médecin alors que le kyste est mort et l'adventice calcifiée.

La calcification empêche la paroi de s'affaisser et c'est par là qu'elle contre-indique la suture. Plusieurs chirurgiens ont cherché cependant à éviter le drainage dans les kystes calcifiés. Dans un cas semblable, Poirier voulut tenter quand même capitonnage, suture et réduction sans drainage ; il n'y put réussir et dut marsupialiser. M. Quénu (Obs. XVII) essaya également la suture sans drainage pour un kyste dont la paroi n'était pas complètement calcifiée. Mais un épanchement aseptique se pro-

duisit dans cette poche et 17 jours après l'opération on dut rouvrir et drainer. Une longue période de fistulisation s'en suivit mais le malade finit par guérir.

Récemment, le professeur Delbet a fait une nouvelle tentative du même genre. Un malade avait deux kystes, l'un volumineux développé dans le foie, l'autre de la dimension d'un œuf d'autruche situé dans la fosse iliaque. Le premier, dont le liquide était trouble, fut capitonné, suturé et réduit sans drainage. Il a bien guéri. Le second, celui de la fosse iliaque, était complètement calcifié. Comme il était adhérent à la paroi, la suture n'exposait à aucun danger : c'est ce qui décida M. Delbet à la pratiquer. Le kyste se remplit et la ponction évacua un liquide aseptique. Ainsi, même en dehors de toute infection, les kystes calcifiés à parois liquides se remplissent, il vaut donc mieux les drainer.

Nous arrivons à une question plus délicate. Les fistules biliaires intra-kystiques contre-indiquent-elles la suture ?

Le professeur Auguste Broca qui a obtenu de très beaux résultats par la méthode de Delbet, se demande si on ne doit pas faire la marsupialisation lorsque « après ablation de la membrane germinative, on voit dans la paroi adventice les traînées jaune-brun de vaisseaux biliaires prêts à se rompre. Encore s'ils ne sont pas déjà rompus, on peut suturer, quitte à drainer secondairement »[1].

M. Delbet ne considère pas la présence de ces canalicules visibles par transparence comme une indication de la marsupialisation. Bien plus, l'existence d'une fistule biliaire intra-kystique déjà constituée ne lui paraît pas contre-indiquer la suture sans drainage. En effet dans un cas où la bile coulait en assez grande abondance dans la poche adventice, il a cherché l'orifice par lequel se faisait l'écoulement. L'ayant trouvé, il l'a

1. A. Broca. *Travaux scientifiques*, p. 172, Paris, 1912.

fermé en le prenant dans des points de capiton, et l'opéré a parfaitement guéri par première intention (Obs. XCII).

En présence de vaisseaux biliaires visibles par transparence, mais non rompus, on pourrait se comporter de même façon. Alors même qu'il serait impossible de placer les points de capiton sur ces endroits suspects, le professeur Delbet estime que ce ne serait pas encore une raison de marsupialiser. Si les canalicules biliaires ne se sont pas rompus au moment de la décompression, il n'y a aucune raison pour qu'ils se rompent ensuite lorsqu'on ne draine pas.

Avec la marsupialisation, la rupture est fatale par suite de l'exfoliation qu'entraîne la suppuration. Mais si l'on suture l'adventice, qu'on réduise la poche libre dans l'abdomen, lorsque la suture pariétale est faite, la pression dans la poche devient plus considérable qu'elle n'était au cours de l'opération. Il n'y a donc aucune raison pour que la rupture des canalicules se produise.

En somme, il n'y a que deux indications de la marsupialisation : la *suppuration vraie* et la *calcification étendue*.

Il est légitime d'espérer qu'avec le progrès du diagnostic, les indications de la marsupialisation deviendront de plus en plus rares et que l'immense majorité des kystes hydatiques du foie sera traitée par la méthode idéale.

CHAPITRE III

SUPPRESSION DU DRAINAGE. — SES INDICATIONS

Le grand principe actuel du traitement des kystes hydatiques est la suppression du drainage.

Nous ne parlerons plus de l'énucléation ni de l'extirpation. La première est une méthode absolument condamnée. La seconde, l'extirpation, est une méthode d'exception qui n'est applicable que dans des conditions très particulières et très rares[1]. Il n'en est pas de même de la suture complète de la poche adventice. C'est là une méthode générale.

Elle comprend deux grandes sous-méthodes : 1° la suture de la poche suivie de fixation à la paroi ; 2° la suture de la poche suivie de réduction libre.

Quelle que soit celle de ces deux sous-méthodes que l'on emploie, on peut recourir à des techniques adjuvantes, le capitonnage, l'aspiration, qui sont dues toutes les deux au professeur Pierre Delbet.

Avant d'entrer dans l'étude de tous ces points, avant même de discuter les indications générales de la suppression du drainage il nous paraît intéressant de montrer par les faits l'évolution qui s'est produite depuis les travaux de Delbet et de Posadas.

Nous avons déjà montré dans l'historique qu'avant ces travaux, il n'y avait en Europe que quelques observations, celles

1. Nous reviendrons plus tard sur la réduction de la poche adventice laissée ouverte (p. 53).

de Thortnon, de Kœnig, de Bond où la suture de la poche adventice avait été pratiquée. Nous laissons de côté les sutures après remplissage de la poche. Les tentatives de Billroth et de Bobroff n'ont pas été suivies. Ce n'est pas dans ce sens que s'est faite l'évolution.

Les faits isolés de Thornton, de Kœnig et de Bond n'avaient pas entraîné en Europe d'imitateurs. D'ailleurs aucun de ces auteurs n'avaient considéré la suture sans drainage comme la méthode de choix. Seul Bond s'était demandé si la technique qu'il avait suivie — suture avec fixation à la paroi avec ou sans drainage temporaire — ne serait pas applicable aux kystes hydatiques du foie.

En Australie la technique de Bond avait été essayée, puis à peu près complètement abandonnée.

On peut donc affirmer qu'en 1895, au moment où Pierre Delbet et Posadas ont commencé leurs travaux, la marsupialisation était la méthode générale de traitement des kystes hydatiques.

Nos recherches bibliographiques nous permettent d'affirmer qu'aujourd'hui la suture sans drainage est considérée dans le monde entier comme la méthode de choix. Il n'est pas sans intérêt de montrer comment s'est accomplie cette évolution, le plus importante, à notre avis, de celles qui se sont produites dans la thérapeutique des kystes hydatiques.

L'Australie, à la suite des publications de Bond, dans le *Medical Times* est la première à faire une large expérimentation du procédé de la suture sans drainage. Gardner et avec plus d'enthousiasme, Moore, Barnet, Syme, Thompson essaient le procédé. Mais il suffit de lire l'*Australasian Medical Journal* ou l'*Intercolonial Medical Journal of Australasia* pour voir que l'enthousiasme dura peu. En 1899 la méthode est déjà presque abandonnée. Aujourd'hui on ne l'applique plus qu'aux kystes moyens ou petits. Les autres relèvent de la réduction, poche ouverte, considérée là-bas comme le procédé d'élection. En

Argentine les élèves de Posadas ont continué à employer la suture sans drainage. Autant que nous avons pu le savoir, il semble y avoir eu quelques fluctuations sur la technique, les uns réduisant la poche, les autres la suturant à la paroi. Mais la méthode de la suture a rencontré des résistances et ne s'est que lentement généralisée.

Les deux travaux les plus considérables qui aient paru dans ce pays sur le traitement des kystes hydatiques sont ceux de Végas et Cranwell.

Du premier de ces travaux, volumineux ouvrage de 466 pages, qui a paru en 1901, les conclusions sont tout en faveur de la marsupialisation. « Le traitement d'élection des kystes hydatiques du foie est la marsupialisation et le drainage. La méthode de suture sans drainage est une méthode d'exception, elle doit être réservée aux kystes de petit volume et à contenu aseptique[1]. » En 1910 les mêmes auteurs publient un second travail sur « le Traitement des kystes hydatiques », travail destiné à être présenté au Congrès International de Médecine d'Amérique qui se tint la même année. Leurs conclusions sont complètement différentes : « Nous pouvons dire que si la réduction sans drainage n'est pas une méthode de tranquillité absolue, car des accidents peuvent survenir, elle est actuellement la meilleure pour le traitement des kystes hépatiques à contenu aseptique »[2]. La cause peut donc être considérée comme gagnée en Argentine, puisque les ennemis de la méthode l'ont eux-mêmes adoptée.

En France, les bulletins de la Société de Chirurgie de Paris permettent de suivre l'évolution. Avant les travaux de Delbet, il n'y a pas un seul cas de kyste hydatique traité chirurgicalement sans drainage.

1. H. Vegas et D. J. Cranwell. *Les quistes hidatidicos en la Rep. Argentina*, Buenos-Aires, 1901, p. 130.

2. D. J.-Cranwell et H. Vegas. *Tratamiento de los quistes hidaticos.* Buenos Aires, 1910, p. 116.

Depuis les premières observations publiées par M. Pierre Delbet le 11 février 1896 et le 5 mai 1896, nous trouvons d'abord une observation de Nélaton; puis viennent les cas de Chaput, Jonnesco, Quénu, Gérard-Marchant, Bouglé, Monod, Schwartz, Routier, Guinard, etc... Actuellement la méthode est tellement passée dans la pratique que l'on ne publie plus les faits isolés.

Les importants travaux de Dévé sur les diverses questions qui concernent les kystes hydatiques montrent bien que la méthode a rencontré des résistances. Il a fallu une dizaine d'années d'efforts pour la généraliser.

En 1905, Dévé préfère encore la marsupialisation à la réduction sans drainage, sauf « pour les kystes répondant à la forme simple, univésiculaire, surtout si la poche n'est pas trop volumineuse »[1]. Mais en 1910, il a évolué : « En définitive, dit-il, le chirurgien sera autorisé à tenter la fermeture dans tous les cas où le contenu du kyste n'apparaîtra pas manifestement infecté ». « La marsupialisation doit être regardée comme un pis-aller : suivant une formule reçue, elle ne doit plus vivre que des contre-indications de la réduction[2]. » L'évolution est nette, et les nombreux succès obtenus par la réduction sans drainage ne lui sont pas étrangers.

Les observations publiées dans notre statistique et relevées pour une part dans différentes revues médicales de la province, telles que les observations de MM. Pluyette[3], Maynard et Reygasse[4], Tixier[5], Chavannaz[6], Jeanbreau[7], Aubert[8] démontrent

1. F. Dévé. *Les kystes hydatiques du foie*, 1905, p. 157.
2. F. Dévé. *Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non compliqués du foie*, p. 477-479.
3. Pluyette. *Marseille médical*, février 1901 et 1906, p. 308.
4. Maynard et Reygasse. *Languedoc médico-chirurgical*, 1903, p. 94.
5. Tixier. *Lyon médical*, 1911, p. 860.
6. Chavannaz. In thèse Lanes. Bordeaux, 1912.
7. Jeanbreau. *Soc. de chir.*, Paris, 24 novembre 1909.
8. Aubert. *Marseille médical*, 1913, p. 192.

que le procédé est aujourd'hui adopté par la chirurgie française tout entière. L'observation de M. Tixier est suggestive. Elle nous apprend que le chirurgien lyonnais a trouvé « merveilleux, le procédé de M. Pierre Delbet » et « qu'à sa connaissance, c'était la première fois que le procédé était exécuté à Lyon ». L'opération de M. Tixier a été publiée le 20 juin 1911, et la communication de M. Pierre Delbet à l'Académie de Médecine remonte à février 1896. La méthode a mis 15 ans à faire le voyage de Paris à Lyon.

Actuellement la réduction sans drainage est donc considérée comme la méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques. On ne discute plus guère que les indications.

Indications de la suture sans drainage

Les indications et contre-indications peuvent être tirées : 1° de l'état du kyste parasitaire ; 2° de l'état de la membrane adventice ; 3° du siège du kyste.

Nous allons étudier ces diverses questions en autant de chapitres distincts.

1° Indications tirées du kyste parasitaire

a. *Infection.* — Il est bien évident qu'on ne peut employer la suture sans drainage que dans les kystes non infectés. Les kystes à contenu septique doivent être drainés comme par le passé. Certains chirurgiens : Hamilton-Russel [1], Reclus [2], ont tenté d'appliquer le procédé à des kystes de contenu franchement purulent. Pour le cas d'Hamilton-Russel il s'agissait d'un gros kyste du foie qui, après évacuation et extraction de la vésicule mère, fut rempli d'une solution salée. L'incision kystique fut suturée au fil d'argent et le tout réduit dans l'abdomen sans

1. Hamilton Russel. *The treatment of large infected liver hydatids.* — *Intercol. med. Journal*, 1908, p. 534-538.

2. Reclus. *Bull. et Mem. Soc. de chir.* Paris, 17 janvier 1906, p. 45.

drainage. Le malade quittait l'hôpital guéri, 24 jours après, n'ayant eu que des suites simples, après son opération.

Chez le malade de M. Reclus, la poche a continué à suppurer et s'est ouverte spontanément, sans qu'il en soit résulté d'accidents. Le malade s'est trouvé dans les mêmes conditions que si le kyste avait été marsupialisé.

Cependant, M. Quénu[1] a étendu les indications de la suture sans drainage à certains kystes suppurés. Il a bien pris soin de spécifier qu'il parlait seulement de kystes dont le contenu, bien que présentant l'aspect puriforme, est devenu stérile. Il a recommandé dans ces cas de fixer la suture hépatique à la suture pariétale et il a montré que, dans de telles conditions, on pouvait, sans rouvrir le kyste, obtenir par de simples ponctions des guérisons rapides. Deux kystes hydatiques du foie ainsi traités par M. Quénu guérirent rapidement. On peut se demander s'il n'y a pas là une confusion. Les kystes en question sont-ils bien des kystes infectés? Dès 1905, M. Pierre Delbet avait déjà fait remarquer que le liquide peut être louche sans être infecté. Cet aspect particulier indique simplement que les hydatides sont mortes.

M. Quénu pense que la stérilisation peut se faire dans des kystes infectés. Ceci est parfaitement possible. L'auto-stérilisation, si l'on peut ainsi parler, n'est pas un phénomène très exceptionnel, elle se produit fréquemment dans les pyosalpinx. Elle n'est pas rare dans les abcès appendiculaires. Le professeur Delbet a insisté à diverses reprises sur ce dernier point. Il a montré qu'en opérant les appendicites aiguës de 12 à 15 jours après le retour de la température à la normale, on trouve souvent autour de l'appendice du pus aseptique et que l'on peut dans ces cas suturer sans drainer.

Avons-nous la preuve que dans les kystes hydatiques sup-

1. Quénu. *Bull. et Mem. Soc. de chir.* Paris, 14 février 1906, p. 176.

purés cette stérilisation puisse se produire ? Nous ne connaissons pas de faits absolument démonstratifs.

Mais il est certain que le liquide des kystes hydatiques, après la mort des parasites, devient trouble, opaque, puriforme, sans qu'il y ait eu de symptômes d'infection. Dans ces cas, nous l'avons dit, il n'y a aucune indication de marsupialiser. Il est nettement indiqué de faire bénéficier les malades des avantages de la suture sans drainage.

Au contraire, s'il y a des symptômes d'infection en évolution, élévation de température, douleur et augmentation de volume de la tumeur, il nous semble qu'il vaut mieux drainer. Si les symptômes d'infection sont très atténués, peut-être pourrait-on suivre le conseil de Quénu, c'est-à-dire suturer la poche en la fixant soigneusement pour pouvoir y faire à coup sûr des ponctions successives.

Mais la notion importante qui doit rester de cette discussion, c'est qu'il n'est pas nécessaire que le contenu du kyste soit clair et transparent pour qu'on soit autorisé à faire la suture. Dans les cas où le liquide est devenu trouble par suite de la mort des hydatides, il est nettement indiqué, comme nous l'avons déjà dit à propos de la marsupialisation (voir p. 31) de faire la suture sans drainage ; et dans ces cas M. Delbet emploie la méthode idéale, la suture suivie de réduction libre de la poche dans l'abdomen. Nous avons déjà cité deux observations de M. Pierre Delbet (Obs. XCVI et CI) concernant des kystes à contenu trouble. Ces kystes traités par la suture sans drainage guérirent dans un cas (Obs. XCVI) en 15 jours, dans l'autre (Obs. CI) en 2 mois. Mais dans ce dernier cas il s'agissait de kystes doubles dont l'un présentait de nombreuses adhérences et dont la paroi était entièrement calcifiée ce qui est une contre-indication formelle de la suture sans drainage [1].

1. Dans ce cas M. Delbet a fait une sorte d'expérience. Ce kyste, situé dans la

Un épanchement aseptique se produisit en effet dans la poche et on dut ponctionner. La fistule mit ensuite 2 mois à guérir.

*
* *

b. *Volume.* — On a dit et répété à l'époque où M. Pierre Delbet luttait pour faire adopter la réduction sans drainage, que si la méthode était bonne, elle n'était en tout cas applicable qu'aux kystes de petites dimensions. C'était là une restriction grave, car si en Australie et en Argentine on opère beaucoup de petits kystes, en France les malades n'arrivent guère au chirurgien qu'avec des kystes déjà volumineux. Si la méthode n'était applicable qu'aux petits kystes, elle ne serait donc guère employée chez nous ; ce ne pourrait être qu'une méthode d'exception.

On se demande vraiment ce qui a pu conduire les semi-détracteurs de la méthode à déclarer qu'elle n'est applicable qu'aux petits kystes, car le premier kyste traité par M. Delbet en 1895 par la méthode complète qui a ses préférences — capitonnage, suture de la poche, réduction libre — était si volumineux qu'il avait été pris pour un kyste de l'ovaire. L'opération avait été commencée avec ce diagnostic. L'incision était tout entière sous-ombilicale. La vésicule biliaire, qui fut d'ailleurs ouverte, était située au-dessous de l'ombilic. C'est précisément pour ne pas fixer les organes dans une situation aussi anormale, pour leur permettre de reprendre leur place que M. Pierre Delbet se décida à laisser libre dans l'abdomen la poche adventice préalablement suturée, ainsi que la vésicule biliaire.

La suture sans drainage convient donc aux kystes les plus

fosse iliaque droite, avait contracté des adhérences avec la paroi. Il n'y avait donc aucun risque à suturer et réduire sans drainage. M. Delbet a voulu constater comment se comporterait la poche traitée par la réduction sans drainage.

volumineux. Jamais le volume n'est à lui seul une contre-indication. Il ne commande pas de fixer à la paroi le kyste suturé. C'est au contraire dans ces cas-là qu'il y a le plus d'intérêt à laisser le kyste libre pour permettre aux organes déplacés de reprendre leur place. Nous avons dans notre statistique six observations concernant des kystes hydatiques du foie dont le volume dépassait 3 litres 1/2, atteignant 5 litres 1/2 dans un cas de M. Quénu. Traités par la suture sans drainage, ils guérirent, dans tous les cas, en 20 à 30 jours. L'on sait qu'un kyste hydatique de pareil volume traité par la marsupialisation demanderait de longs mois pour guérir complètement en supposant qu'il ne survienne aucune complication pour retarder la guérison.

Ces faits montrent que ces grandes poches se rétractent aisément. Et c'est dans ces cas-là surtout qu'apparaît l'avantage de la méthode.

2° État de la membrane adventice

a. *Calcification.* — Nous avons déjà traité cette question à propos de la marsupialisation. La calcification étendue de l'adventice est très rare. Elle ne se rencontre que dans les kystes à hydatides mortes depuis longtemps. Les parois ne se rétractent plus après l'extraction de la vésicule mère et il est impossible de les rapprocher même par le capitonnage. Même en dehors de toute infection il se produit des épanchements secondaires dans les kystes calcifiés. Il est donc préférable de drainer d'emblée.

*
* *

b. *Rigidité.* — Dans les cas où les hydatides sont encore vivantes, la membrane adventice ne présente guère, nous l'avons déjà dit, de calcifications notables. Mais la paroi sans être calcifiée peut être rigide.

Le professeur Delbet entend par poche rigide celle qui est capable de faire équilibre à la pression abdominale et qui n'a par conséquent aucune tendance à s'affaisser lorsque l'abdomen est fermé. C'est là une condition certainement défavorable. La poche suturée sans autre artifice reste remplie d'air et se marque sous l'écran radiographique par un espace clair. C'est là ce qu'on a appelé la pneumatose kystique. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question.

Le professeur Delbet n'a jamais rencontré de kyste où cette rigidité sans calcification contre-indiquait la suture sans drainage. Mais c'est dans ces cas surtout qu'il considère le capitonnage comme nécessaire. Lorsqu'il n'est pas possible, M. Delbet a recours à l'aspiration pour vider la poche de l'air qui y a pénétré, y créer une pression négative et faciliter ainsi l'aplatissement. Nous reviendrons sur ces deux manœuvres.

*
* *

c. *Fistules biliaires intra-kystiques.* — Dans sa première communication à l'Académie de Médecine, M. Pierre Delbet avait considéré les fistules biliaires comme une contre-indication de la suture sans drainage. Mais il modifia peu après son opinion sur ce point. Il eut l'occasion d'opérer une malade présentant une fistule par laquelle la bile coulait abondamment dans la poche adventice. Ayant découvert la fistule, il réussit à la fermer par trois points de capiton. L'opérée guérit en dix-huit jours (Obs. XCII). M. Bertrand (de Marseille) a également traité par la suture sans drainage un énorme kyste de la face postéro-supérieure du foie, contenant plus de trois litres d'un liquide teinté de bile. La situation profonde du kyste rendait impossible le capitonnage. L'opérée n'en guérit pas moins en treize jours (Obs. LXXIII). Routier (Obs. XLVII), Pierre Delbet (Obs. XCVI et C) ont de même obtenu chacun une guérison par première

intention dans deux cas où il existait des fistulettes biliaires. Le suintement biliaire intrakystique était révélé par les taches imprimées sur les compresses ayant servi à assécher la paroi kystique. Et pourtant Routier n'avait même pas capitonné ; par mesure de précaution il s'était contenté après suture du kyste de le fixer à la paroi abdominale par un point de catgut. En réalité, il est préférable dans les cas de fistule biliaire intrakystique de placer quelques points de capiton, sauf impossibilité due par exemple, comme dans les cas de M. Bertrand, à la situation profonde du kyste.

Nous avons déjà dit (p. 32) que la présence de canalicules biliaires visibles par transparence dans la paroi adventice ne nous semblait pas non plus une indication de la marsupialisation, même si le capitonnage est impossible. Car ou bien la rupture de ces canalicules se produit au moment de la décompression et l'on est alors dans le cas précédent de fistule intra-kystique, ou bien cette rupture *ne se produit* pas et il n'y a aucune raison pour qu'elle se produise ensuite.

3° Siège du kyste

Certains kystes sont saillants à la périphérie du foie de telle sorte que l'épaisseur du tissu hépatique que l'on a à traverser pour arriver à la membrane germinative est très peu considérable. D'autres sont intra-glandulaires et l'on n'arrive au parasite qu'après avoir sectionné une épaisseur notable de parenchyme du foie. A la vérité cette épaisseur n'est jamais bien considérable. M. Delbet ne l'a jamais vu dépasser 3 à 4 centimètres. Cela tient d'une part à ce que les hydatides se développent surtout dans les zones périphériques du foie, d'autre part à ce que les kystes franchement intra-hépatiques ne sont guère diagnostiqués que lorsqu'ils ont atteint un volume notable et par suite de leur évolution même, le tissu glandulaire s'est

aminci sur l'une de leurs faces, celle par laquelle on les aborde.

Ce sont surtout ces kystes qui ont des parois résistantes; mais en somme jamais le siège intra-hépatique n'a été une contre-indication de la suture.

Ainsi les kystes hydatiques prennent généralement naissance dans les zones périphériques de l'organe et alors même qu'ils débutent dans les parties centrales, ils tendent à s'énucléer. Mais leur évolution peut être très différente et il est classique de les diviser au point de vue topographique en quatre classes : 1° kystes antéro-inférieurs ; 2° kystes postéro-inférieurs ; 3° kystes antéro-supérieurs ; 4° kystes postéro-supérieurs. Nous allons étudier successivement ces quatre variétés.

* * *

a. *Kystes antéro-inférieurs.* — Ce sont les plus fréquents. On les aborde tout naturellement par la laparotomie et on incise le parenchyme hépatique au point où il paraît le plus mince. Les kystes de cette variété ne prêtent à aucune considération spéciale. On pourrait se demander s'il vaut mieux faire l'incision verticale, ou l'incision transversale. Mais c'est là une question générale qui est tout à fait en dehors de notre sujet.

* * *

b. *Kystes postéro-inférieurs.* — Ces kystes d'ailleurs fort rares, sont presque toujours pris pour des tumeurs du rein. A moins qu'on ne sente celui-ci indépendamment de la tumeur, ce qui est rarement facile, tout concorde à induire en erreur. Les symptômes cliniques aideront parfois au diagnostic.

Si l'on avait fait le diagnostic exact, par quelle voie faudrait-il aborder le kyste ? En deux cas, Segond après avoir incisé par la voie abdominale, fut obligé de pratiquer une incision lombaire, par où il établit le drainage. Avec la marsupialisation,

en cas de diagnostic exact, on devait donc être conduit à passer par la voie lombaire. C'est encore cette voie qui serait indiquée si l'on voulait fixer à la paroi le kyste suturé. En effet si Segond n'a pas pu marsupialiser par la voie abdominale, il est certain que l'on n'aurait pas pu davantage faire la fixation à la paroi après suture.

Il nous semble impossible de poser ici des règles générales. Tel kyste peut être plus facile à aborder par la voie lombaire, tel autre par une incision latérale. Tel autre encore par une incision antérieure.

Ce que l'on peut dire, c'est que la question a changé de face.

Jadis la voie d'accès était en quelque sorte imposée par la nécessité de faire la marsupialisation. Actuellement cette préoccupation ne doit plus entrer en ligne de compte. La réduction après suture laisse au chirurgien toute liberté pour choisir la voie d'accès qui lui paraît la meilleure dans chaque cas particulier.

* * *

c. *Kystes antéro-supérieurs.* — La division des kystes en variétés topographiques est naturellement un peu schématique. Il existe des variétés intermédiaires.

Ainsi certains kystes antéro-supérieurs sont bien plus antérieurs que supérieurs et peuvent être traités après laparotomie aussi simplement que des kystes antéro-inférieurs.

Mais d'autres sont plus supérieurs qu'antérieurs et méritent des considérations particulières.

Peut-être faut-il faire une catégorie spéciale pour ceux qui se développent sur la face supérieure de l'extrémité gauche du lobe gauche? Cette partie du foie est la plus mobile.

Le professeur Delbet n'a rencontré qu'un kyste ayant cette

disposition. Il l'a opéré le 31 octobre 1906 (voy. Obs. XCVII), en présence du professeur Auguste Reverdin. Le kyste abordé par une incision antérieure verticale et latérale devient très facilement accessible dans toute son étendue dès qu'il fut vidé. L'abaissement de l'extrémité gauche du foie le rendait particulièrement facile à manier. Par le capitonnage, M. Delbet put supprimer complètement la cavité dont la paroi était assez mince. La malade a guéri sans aucun incident.

Les conditions ne sont pas du tout les mêmes pour les kystes antérieurs à évolution surtout supérieure qui se développent sur le lobe droit ou sur le lobe gauche près du ligament suspenseur.

Ces kystes ne sont point abordables par la voie postérieure et ils ne le sont que difficilement par la voie antérieure. Dans un cas de ce genre (Obs. XCVI), M. Delbet ayant fait une laparotomie antérieure haute constate que le foie basculé était seul visible dans la plaie, le kyste affleurait à peine le bord inférieur des côtes. M. Delbet fit la résection du rebord cartilagineux du thorax. C'est seulement après cette résection que le kyste devint accessible. Il fut ponctionné, mais à mesure qu'il se vidait, le foie tendant à reprendre sa place, le point où pénétrait le trocard remontait sous le diaphragme et disparaissait complètement. Il fallut amarrer la paroi kystique pour la maintenir dans le champ opératoire. Le kyste vidé, grâce à l'amarrage, on put l'inciser dans une étendue suffisante pour enlever la vésicule mère et nettoyer la poche d'une manière satisfaisante. Le capitonnage étant impossible on fit l'aspiration de l'air et les parois kystiques se rétractèrent complètement lorsque la suture de la membrane adventice fut terminée; le foie fut abandonné à lui-même. Il reprit immédiatement sa place et la ligne de suture disparut complètement sous la coupole diaphragmatique. La brusquerie du retrait fut extraordinaire si bien qu'aucun cas peut-être n'a montré avec plus de netteté les avantages de la

réduction. La fixation à la paroi en maintenant les organes dans une position vicieuse aurait sans doute déterminé des douleurs. Ce n'est pas tout. On peut encore légitimement se demander, comme l'a fait M. Delbet, si la fixation à la paroi n'aurait pas été un obstacle à la rétraction régulière de la poche adventice et si elle n'aurait pas favorisé sa réplétion secondaire.

M. Monod, dans un cas de kystes multiples du foie, dut pour aborder l'un de ces kystes haut situé sur la face convexe, faire aussi une résection du rebord thoracique. Après extraction de la vésicule mère il sutura et réduisit sans drainage le kyste. La guérison survint rapidement sans incident (Obs. XXIV).

Ces kystes antéro-supérieurs méritent encore quelques autres considérations. D'une manière générale, ils sont difficiles à manier. Même quand on peut les aborder sans résection du thorax, il est malaisé de les capitonner. Nous n'en avons pas trouvé qui ait été capitonné dans ces conditions.

Quand le capitonnage est impossible au moment ou l'on fait la suture de la membrane adventice, on emprisonne dans sa cavité une notable quantité d'air. Cette pneumatose n'est pas un obstacle absolu à la rétraction de la poche, mais c'est incontestablement une circonstance défavorable. L'idéal est de mettre les parois en contact de manière qu'elles puissent contracter des adhérences immédiates. La tendance des organes à reprendre leur place, la pression abdominale favorisent cette coaptation, mais l'air y met obstacle. C'est pour éviter cet inconvénient que M. Delbet a eu l'idée de le vider par aspiration. Nous reviendrons sur la technique d'ailleurs fort simple de cette aspiration, et nous verrons si comme on l'a dit, elle est capable d'amener quelque accident.

Nous nous bornerons à faire remarquer ici que c'est dans cette variété de kystes antéro-supérieurs qu'elle est particulièrement indiquée. Dans un cas au moins (Obs. XCVIII) son utilité apparut immédiatement avec évidence. En effet, à mesure que

l'aspirateur entraînait l'air, on voyait le foie remonter et reprendre sa place, bien que l'abdomen fût ouvert et que la pression abdominale ne pût agir. Il est évident que lorsque, l'opération terminée, cette dernière est entrée en jeu, elle n'a pu que consolider le résultat acquis. Le malade a d'ailleurs parfaitement guéri. M. Pierre Delbet a utilisé l'aspiration pour 4 kystes qu'il était impossible ou contre-indiqué de capitonner. Chaque fois le résultat fut excellent.

*
* *

d. *Kystes postéro-supérieurs.* — Ces kystes ne peuvent être abordés que par la voie transpleuro-diaphragmatique. Doivent-ils être marsupialisés ou sont-ils justiciables de la réduction sans drainage?

Lors des premières discussions à la Société de Chirurgie, en 1897, M. Bazy demandait à M. Pierre Delbet si son procédé était également applicable aux kystes ayant une évolution thoracique et abdomino-thoracique. A cette époque M. Pierre Delbet n'osait répondre par l'affirmative, car il n'avait eu affaire jusque-là à aucun kyste ayant cette localisation. Dans leur statistique de 1901, Vegas et Cranwell rapportent une observation de kyste énorme de la face convexe du foie développé dans la base droite du thorax. On aborda le kyste par voie transpleurale, après résection de la huitième côte. Après extraction de la vésicule mère, on le sutura et réduisit sans drainage. La guérison s'obtint sans incident[1]. Trois observations de notre statistique ont trait à des kystes postéro-supérieurs à développement nettement thoracique. Deux de ces kystes furent opérés par M. Quénu qui les aborda par voie transpleurale l'un après résection costale (Obs. XLIII), l'autre sans résection costale

1. Vegas et Cranwell. *Tratamiento de los quist. hidat.*, 1901, p. 138, obs. CCXX.

(Obs. LIV). Le troisième kyste fut abordé, par M. Bertrand (de Marseille), par voie transpleuro-diaphragmatique suivant la technique d'Israël. On dut réséquer 10 centimètres des 8e et 9e côtes, puis inciser le diaphragme avant de ponctionner un gros kyste de plus de 3 litres de liquide légèrement bilieux. Le kyste fut suturé sans drainage, et la guérison survint en 19 jours (Obs. LXXIII). Avec le cas de Guinard (Obs. LII) dans lequel un kyste de la face convexe du foie fut abordé par voie transpleuro-péritonéale, après résection de 8 à 10 centimètres de la 8e côte, cela nous fait quatre kystes postéro-supérieurs traités par la suture sans drainage. Dans tous ces cas il s'agissait de gros kystes de 2 à 3 litres et plus de liquide. Cependant 2 d'entre eux ont guéri en 9 et 20 jours. Un de ceux opérés par M. Quénu (Obs. LIV) guérit en 36 jours et l'autre en 2 mois (Obs. XLIII).

De ces 5 kystes postéro-supérieurs (en comptant le cas de Vegas et Cranwell) 3 ont été réduits librement dans l'abdomen après suture de l'incision kystique. Ils ont guéri sans incident sauf un cas de M. Quénu (Obs. XLIII) où un épanchement s'est fait dans la poche. Trois ponctions successives durent être faites pour le tarir. La guérison définitive s'obtint en 66 jours. Dans un autre cas (Obs. LIV), M. Quénu a fixé le kyste suturé au plan fibreux de la paroi. Après de petits incidents de température, le malade guérit en 36 jours. Une seule fois le kyste a été suturé au diaphragme. Il s'agit de l'observation LXXIII de M. Bertrand. Encore le chirurgien de Marseille crut-il devoir faire une suture en masse comprenant à la fois la poche kystique, le diaphragme, la plèvre, la paroi. L'opéré guérit sans incident en 13 jours.

Cependant nous pensons qu'ici encore la fixation à la paroi, qui maintient les organes en position anormale, ne saurait être recommandée. Les observations où elle a été employée ne disent pas, d'ailleurs, si les opérés n'ont pas eu des douleurs dues

aux compressions déterminées par cette position vicieuse du kyste fixé à la paroi. La réduction libre faite dans 3 cas a donné d'excellents résultats et même dans le cas de M. Quénu où un épanchement s'est formé dans la poche, la ponction a suffi pour obtenir la guérison.

*
* *

La conclusion qui se dégage de cette revue des kystes à localisation et à évolutions différentes par rapport au tissu hépatique est, que le siège d'un kyste n'est jamais une contre-indication à la suture sans drainage. Les variétés de kystes postérieurs, à évolution thoracique ou abdomino-thoracique, qui sont les plus difficilement abordables et les plus rares d'ailleurs, relèvent aussi bien de la méthode que les kystes antérieurs ou antéro-inférieurs, pour lesquels le procédé fut tout d'abord employé.

CHAPITRE IV

PROCÉDÉS RÉALISANT LA SUPPRESSION DU DRAINAGE

Nous allons passer en revue les diverses techniques permettant de supprimer le drainage.

1° Réduction de la poche ouverte sans résection des parois du kyste

C'est le procédé adopté par les chirurgiens australiens. Dès 1894, Hamilton Russel le proposait comme une critique de la marsupialisation et même de « l'*opération de Bond* ». « Le drainage de l'ectocyste, n'est pas nécessaire, il est même nuisible ; on réduira l'ectocyste dans l'abdomen après évacuation de son contenu, il disparaîtra par résorption ; l'ouverture de l'ectocyste ne sera pas suturée et il ne faudra pas suturer l'ectocyste à la paroi avant de refermer la plaie abdominale. » Tel est le procédé d'Hamilton-Russel, que Syme et Ryan adoptèrent vite. « S'il est démontré, écrivait Ryan, qu'il n'est pas indispensable de suturer le sac, on devra certainement renoncer à ce temps, car les manipulations que nécessite la suture et la persistance des fils favorisent l'infection. » Bond lui-même devait peu après (1895) adopter ces conclusions des chirurgiens australiens.

En France, le procédé n'a guère eu de succès. Cependant M. Pierre Delbet a, dans un cas, réduit poche ouverte, après extraction de la vésicule mère, un petit kyste de l'épiploon. Il

a également été employé par M. Ricard[1]. « Par deux fois, dit-il, dans une communication à la Société de Chirurgie de Paris, j'ai réduit dans l'abdomen, sans suturer, la poche d'un kyste hydatique que je venais d'inciser. La membrane hydatide extraite, la poche adventice était bien asséchée, sans écoulement biliaire, ni hémorragique. Le liquide hydatique avait été nettement transparent, la stérilisation en avait été obtenue par des lavages à la solution formolée à 1 p. 100. Je pensais que cette réduction poche ouverte, ne pouvait présenter que des avantages. Or dans ces deux cas, bien que le succès définitif n'ait pas été compromis, les suites opératoires ne furent pas parfaites. La température oscilla autour de 38 degrés pendant plusieurs jours. Un malaise général persistant ne laissa pas que de me préoccuper, bien que localement rien d'anormal ne parût se manifester. Or chez ces deux malades, les suites opératoires furent les mêmes ; je ne peux l'attribuer qu'à la technique que j'avais suivie. Cette technique, *je l'ai abandonnée après ces deux cas et ne réduirai plus les kystes, la poche restant ouverte.* »

Ces deux observations de M. Ricard, le petit nombre d'autres qu'ont publiées les chirurgiens australiens ne nous permettent guère de juger pratiquement la valeur de la méthode. Nos recherches ne nous ont pas permis de trouver une statistique publiée par un chirurgien autralien partisan de la méthode, qui pût asseoir sur une base certaine notre jugement. Il ne semble pas que nos devanciers dans l'examen de la question aient été plus heureux que nous. Ni les travaux de M. F. Dévé, ni les thèses de Cauchoix[2], de Lanes[3] ne contiennent l'ombre d'une statistique de cette nature. Nous sommes par là même acculés à ne faire à cette méthode que des reproches tout théoriques.

Disons de suite que les manipulations nécessaires pour la fer-

1. Ricard. *Soc. de chirurgie.* Paris, 17 janvier 1906, p. 46.
2. Cauchoix. *Thèse de Paris*, 1908.
3. Lanes. *Thèse de Bordeaux*, 1912.

meture de la poche kystique ou la persistance des fils favorisant l'infection nous semblent des arguments peu probants contre la méthode de réduction avec suture. Ces manipulations sont très simples.

Avec la réduction poche ouverte, le malade ne demeure-t-il pas sous la menace d'un épanchement secondaire intra-péritonéal ? Il pourra se produire des épanchements sanguins ou biliaires. Si la cholérragie est aseptique ce ne sera qu'un « cholépéritoine hydatique ». Mais il s'en faut que la bile soit toujours aseptique et alors c'est à une péritonite biliaire post-opératoire que le chirurgien a exposé son malade, avec toutes ces conséquences fatales. Encore négligerons-nous les épanchements hémorragiques parce qu'ils sont relativement rares.

Seuls les tous petits kystes épiploïques, comme celui traité par M. Pierre Delbet nous semblent justiciables de la méthode par ce qu'il se produit un accolement immédiat des parois et qu'aucun épanchement n'est pas lui-même à craindre ; mais nous la rejetons pour tous les kystes hydatiques du foie.

Ne serait-il pas possible même que les cas heureux que compte la méthode fussent dus à une reproduction inattendue de ce qui se passe dans la réduction avec suture ? C'est une hypothèse que nous suggère l'observation XIV de Mabit. Il s'agissait d'un kyste du volume d'une tête d'adulte inclus dans le parenchyme hépatique du lobe droit. Mabit crut ne pas devoir suivre pour ce cas son précédé ordinaire et réduisit la poche ouverte après nettoyage de la cavité. Le malade sortit guéri en apparence, au bout de 28 jours. Mais 3 mois après, la poche était reformée et une seconde opération pratiquée à ce moment révéla que la poche adventitielle s'était fermée par accolement des lèvres de l'incision. Un drainage institué à la suite de cette opération permit d'obtenir la guérison définitive.

Cette observation n'a-t-elle pas la valeur d'une expérience et ne permet-elle pas sinon de conclure, du moins de penser que

c'est là (l'accolement des parois) le mode de guérison habituel de ces poches kystiques réduites sans suture des lèvres de l'incision ? Un cas est trop peu pour juger, mais c'est une hypothèse qu'il serait intéressant de vérifier.

2° Réduction de la poche ouverte après ample résection des parois

Nous plaçons ici ce procédé opératoire exposé et défendu par Mabit de Buenos-Ayres en 1905 parce que lui-même l'a désigné sous le nom de réduction poche ouverte après ample résection des parois. Mais il nous apparaît que logiquement, nous eussions dû le classer parmi les procédés d'extirpation. Mabit en effet, résèque parfois une si ample portion de l'adventice et du tissu hépatique voisin, qu'il pratique une véritable extirpation. Par exemple :

Obs. II

Tumeur du volume d'une grosse orange, appendue au bord tranchant du foie. Résection des 3/4 environ de la membrane.

Obs. V

Kyste du volume d'une tête d'enfant faisant saillie sur le bord tranchant du foie. La partie réséquée représente un peu plus du tiers de la surface totale du kyste.

Obs. VI

Kyste du volume d'une tête de fœtus, saillant à la face inférieure du foie. Résection circulaire. Il ne reste plus qu'une calotte hémisphérique creusée dans le parenchyme hépatique.

Obs. IX

Kyste du volume d'une tête de fœtus saillant sur le bord

tranchant du foie. La partie réséquée représente la moitié de la totalité de la membrane. Il reste une calotte hémisphérique.

Obs. X

Volume, situation, excision en tous points semblables à la précédente opération.

Les observations II et V surtout sont typiques, car il ne reste plus inclus dans le tissu hépatique qu'une sorte de plaque fibreuse.

Voici comment Mabit[1] décrit son procédé opératoire :

« L'incision est pratiquée sur le point culminant de la tumeur, lorsqu'il existe ; dans le cas contraire sur la ligne médiane. Le kyste découvert est isolé de la cavité péritonéale par des compresses et ponctionné ; lorsque la plus grande partie du liquide s'est écoulée, la paroi kystique est attirée au dehors, largement incisée ; et la vésicule mère est enlevée avec des pinces à larges mors. Les lèvres de l'incision kystique étant ensuite éversées le plus complètement possible au moyen de pinces en cœur, ou simplement de Kocher, suivant la résistance des parois, j'irrigue la cavité à l'aide d'un jet assez fort d'eau boriquée ; j'établis ainsi une sorte de chasse d'eau, qui a pour but de débarrasser l'intérieur du kyste des débris de membrane ou des petites vésicules filles qui pourraient encore s'y trouver. Cela fait, j'assèche complètement, à l'aide de compresses, la cavité du kyste ; et je procède à un nettoyage minutieux, m'assurant que la paroi est absolument nette et qu'il n'existe ni fistules biliaires, ni point saignant. Je détache ensuite, s'il y a lieu, les adhérences les moins résistantes pour extérioriser le kyste le plus possible et je résèque finalement tout ce qui est flottant, c'est-à-dire tout ce qui est libre d'adhérences solides ou n'est pas inclus dans le parenchyme de l'organe. J'aban-

1. Mabit. *Revue de chirurgie*. Paris, 10 mai 1909, p. 587.

donne purement et simplement le reste de la membrane adventice dans la cavité péritonéale, et je referme complètement l'abdomen par trois plans de suture. Dans mes premières opérations, j'employais pour l'irrigation de la cavité kystique une solution de sublimé à 5 p. 1000. Ayant observé dans un cas quelques symptômes d'intoxication mercurielle, je n'emploie plus que de l'eau boriquée ou de l'eau stérilisée. Pour les kystes hépatiques, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences et que le kyste émerge du foie, de façon à ce qu'on puisse en réséquer environ la moitié, l'opération est très simple. Comme il importe que la résection soit aussi large que possible, je n'hésite pas à réséquer les portions de membrane recouvertes de tissu hépatique, quand l'épaisseur de celui-ci ne dépasse pas 2 à 3 millimètres. Le thermocautère et la compression ont facilement raison de la petite hémorragie qui se produit. »

Mabit traita par ce procédé 11 kystes hydatiques du foie, dont le volume variait de celui d'une orange à celui d'une tête d'adulte. Il n'aurait eu à regretter qu'un seul cas de suppuration secondaire nécessitant une marsupialisation ultérieure, et il attribua cet échec à ce fait qu'il n'avait pas pratiqué de résection des bords de la poche. Les lèvres de l'incision hépatique en se rapprochant et en se soudant entre elles avaient reproduit, nous l'avons vu, les conditions de la réduction simple après suture.

M. Marion ayant opéré un malade par un procédé analogue, M. Pierre Delbet fut chargé du rapport sur ce cas à la Société de chirurgie[1]. Il critiqua le procédé, démontrant le danger qu'il y aurait à réséquer la paroi, si celle-ci était épaisse. Dans un cas où lui-même avait cherché à réséquer une partie de l'adventice, il avait sectionné la vésicule biliaire, qui se trouvait comprise dans l'épaisseur même de la paroi. D'autre part si la paroi est mince, il n'y a aucun avantage à faire une résec-

1. *Bull. et Mem. Soc. de chir.*, 1905.

tion, car après l'ablation de la vésicule mère, cette paroi se rétracte avec une grande facilité. M. Pierre Delbet ajoute qu'il n'est pas indifférent d'abandonner ouverte dans l'abdomen une poche qui peut devenir un foyer d'épanchement purulent ou biliaire. Si ceux-ci se produisent il est préférable que ce soit dans une cavité fermée qu'il sera toujours possible de ponctionner ou d'ouvrir et drainer.

M. Quénu qui reprit la question à une séance suivante reproche de plus au procédé de créer les meilleures conditions possibles de greffe péritonéale. Or l'épiploon et le péritoine sont, en général, d'excellents terrains de culture pour les scolex. Il ne pense même pas que le formolage mette à l'abri de ce danger, car il n'oserait pas réduire sans suture une poche qui contiendrait encore si peu que ce soit de cet antiseptique, susceptible par là même de se déverser dans la grande séreuse.

Il y a une autre objection que l'on peut faire à ces résections larges, comprenant une certaine épaisseur du tissu hépatique. C'est qu'elles exposent aux hémorragies, en certains cas si abondantes que ni le fer rouge, ni la compression ne peuvent amener l'hémostase. L'on doit dans ce cas recourir à la suture de la tranche hépatique, et joindre l'une à l'autre les deux lèvres de l'incision du kyste. Mais c'est alors revenir au procédé de la réduction après suture.

3° Réducton du sac suturé

En opposition au procédé de la réduction poche ouverte, se place le procédé de la réduction du sac après suture de l'incision kystique. C'est le procédé que le professeur Pierre Delbet a réglé, décrit et proposé comme méthode d'élection du traitement des kystes hydatiques du foie non suppurés[1]. Pour certains

1. Pierre Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897. Paris, 1899, p. 321.

kystes, il a même ajouté, aux divers temps opératoires du procédé, le capitonnage. Mais le capitonnage ne fut jamais, dans l'esprit de M. Pierre Delbet, un temps indispensable de l'opération. Suivant les cas on peut y recourir ou le négliger. Il a ses indications précises que nous donnerons et des avantages indéniables qu'il serait imprudent de négliger.

a) **Réduction après capitonnage.**

« Le capitonnage consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut passés dans leur épaisseur. Avec des aiguilles à pédale coudées et très courbes je passe un gros catgut dans l'une des deux parois. Ce fil entre et sort par la face interne, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide. Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante ; quelques millimètres suffisent. En revanche je m'applique à ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi même de façon que l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie soient éloignés de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres et même davantage. Je passe ensuite le même fil, de la même façon, au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis dans des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

« Je passe ainsi 2, 3 ou 4 fils en commençant par les plus profonds. Grâce au long cheminement de chaque fil dans la paroi, on arrive à supprimer la cavité d'un kyste considérable avec un petit nombre de points. Je ne cherche pas du reste à obtenir une suppression totale de la cavité, ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe assez peu qu'il reste par place quelques millimètres entre les deux parois.

« Le capitonnage terminé je ferme l'incision de la membrane

adventice. Un surjet suffit pour cela; si les parois au niveau de l'incision sont assez minces pour se laisser plisser, je passe le fil à la manière de Lembert. Si les parois sont rigides je fais un surjet ordinaire. Les points de Lembert me paraissent préférables en principe.

« Le kyste capitonné et suturé, je le réduis dans l'abdomen et je suture la paroi abdominale sans faire le moindre drainage. Le kyste n'étant nullement fixé à la paroi abdominale, il peut se rétracter librement, et les organes reprennent leur position normale. »[1]

C'est ainsi qu'en 1897, dans ses leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, M. Pierre Delbet décrivait le procédé de *réduction après capitonnage et suture*. A l'appui de sa description il apportait cinq observations de kystes hydatiques, dont quatre du foie, traités et guéris en 15 jours ou un mois, sans incidents. Quelques années plus tard, en 1899 exposant à nouveau sa méthode à la Société de chirurgie, il n'admettait comme contre-indication formelle du procédé que la suppuration du kyste. Mais il ajoutait que si la paroi kystique était assez souple pour que la pression abdominale puisse aplatir la poche vidée, le capitonnage n'est pas nécessaire. Par contre il est indiqué quand la paroi était assez résistante pour faire équilibre à la pression abdominale. Réduire sans capitonner dans ces conditions, c'était s'exposer à faire remplir par un exsudat quelconque la cavité béante.

On a reproché au procédé d'être d'une application trop difficile dans certains cas de kystes hydatiques de la face postéro-supérieure. Mais M. Pierre Delbet avait, lui-même, répondu par avance à cette objection quand il écrivait. « Dans le cas de kystes du foie à développement supérieur, diaphragmatique le capitonnage est pour ainsi dire impossible. Quand la paroi est

1. Pierre Delbet. *Leçons de clin. chir. de l'Hôtel-Dieu,* août-septembre 1897 p. 330, et in Thèse Baraduc., 1898, p. 49.

assez épaisse pour ne pas s'affaisser immédiatement, il se fait une traumatopnée très manifeste et l'air pénètre dans la poche en grande quantité. » Et M. Pierre Delbet recommande dans ces cas de faire l'aspiration de l'air au moyen d'un tube de caoutchouc. C'est ce qu'il fit deux fois en pareille occasion. « A mesure que l'air était aspiré, le foie remontait vers le diaphragme. J'arrêtai l'aspiration, lorsqu'il vint un peu de sang ; alors le tube fut rapidement retiré en même temps qu'on serrait les deux fils d'attente. Il ne pénétra pas une bulle d'air et les organes restèrent en place. Les deux malades ont parfaitement guéri. »

Le capitonnage a-t-on dit, et Cauchoix a repris l'argument dans sa thèse, est dangereux. Il est possible en le pratiquant de léser des canaux biliaires ou des vaisseaux sanguins importants. « Le danger est donc possible d'une hémorragie ou d'une cholérragie profuses intra-kystiques. » Le danger s'il existe doit être bien rare, car les adversaires du procédé en sont toujours réduits à citer le cas de Hartmann dans lequel l'aiguille transperça un vaisseau provoquant une hémorragie que l'on put d'ailleurs arrêter et celui de Marion où le capitonnage fut à tort abandonné parce qu'une hémorragie due à la piqûre d'un vaisseau par l'aiguille s'était produite. L'anatomie pathologique des kystes nous apprend du reste que les vaisseaux sanguins et les canalicules biliaires sont repoussés dans le tissu de transition unissant la fibreuse péri-parasitaire et le parenchyme hépatique normal. M. Pierre Delbet a d'autre part pris soin de recommander de ne comprendre qu'une faible épaisseur d'adventice dans les fils de capiton. Il insiste seulement sur « ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi ». Un simple coup d'œil sur la statistique que nous avons dressée des observations de kystes hydatiques du foie publiées en France montrera l'inanité du reproche, puisque cet accident n'est signalé dans aucun des 30 kystes capitonnés de notre statistique.

Cauchoix a repris une autre objection de Dévé. « L'accolement des parois, écrit-il, se produit d'une manière spontanée, le contenu kystique étant évacué. » La conclusion de ceci est facile à tirer : c'est l'inutilité, pour le moins, du capitonnage. Il est réel qu'il se produit une certaine rétraction de l'adventice après l'extraction de la vésicule-mère, rétraction qui peut être suffisante dans certains petit kystes pour rendre pratiquement négligeable la cavité restante. Mais comme le disait Quénu à la Société de chirurgie : « Il ne faut pas avoir l'illusion de croire quand il s'agit de kystes volumineux que l'accolement des parois est immédiat et que rien ne transsude dans la cavité. Je pense au contraire que dans la plupart des cas, sous l'influence de la décompression opérée par l'évacuation du contenu kystique il transsude de la sérosité. » Et voilà une indication formelle du capitonnage. Maintenant au contact les parois adventices, il s'opposera au flux hors des vaisseaux de petits volumes de cette sérosité passible d'infection secondaire.

Quelques années plus tard, à la même Société de chirurgie, en apportant sa statistique de cas de kystes traités par la réduction sans drainage, M. A. Broca apportait en faveur du capitonnage son témoignage décisif. « Je considère que sauf indications spéciales la réduction sans drainage de la poche capitonnée est le procédé de choix. Je m'étais bien juré, dès que j'ai connu la méthode, de mettre à l'étude le capitonnage de l'adventice une fois débarrassée du parasite. Je l'ai fait et m'en suis bien trouvé puisque sur 13 cas — en 12 malades — j'ai eu 13 succès et la blancheur de cette série fait contraste avec les reproches adressés à la méthode. Elle tient à ce que toujours je capitonne la poche, après avoir reséqué ce qui pend au dehors du foie si le kyste est devenu superficiel; il ne peut

1. Quénu. *Soc. de chirurgie.* Paris, 17 janvier 1906, p. 43.

donc pas s'accumuler beaucoup de liquide dans la cavité qu'on veut combler par réunion immédiate. Je n'ai pas considéré comme des progrès probables les procédés où l'on a préconisé la réduction du kyste non capitonné et même non suturé. Le capitonnage n'est pas toujours facile, mais j'ai toujours pu le réussir avec deux anses de catgut au moins[1]. »

Il nous semble que cet exposé de M. A. Broca résume très bien la question et nous persistons à regarder le capitonnage comme un perfectionnement de la suture sans drainage. On peut s'en dispenser dans les kystes moyens ou petits à paroi très souple, venant facilement au contact. Nous le croyons précieux dans tous ceux de quelque volume qu'ils soient, « dont la membrane adventice très épaisse, très résistante, en partie calcifiée parfois, n'ont aucune tendance à s'affaisser ».

M. F. Dévé paraît lui-même revenir sur ses premières conclusions quand il écrit en 1910 : « L'avantage d'empêcher ou tout au moins de limiter la production d'un épanchement hémorragique, séreux, bilieux ou gazeux dans la poche suturée — s'il se confirmait — ne nous apparaît nullement négligeable. La série récemment apportée par Delbet, de 22 cas capitonnés par divers opérateurs, dans lesquels pas une fois la cavité ne paraît s'être remplie, doit retenir l'attention des chirurgiens et les engager à expérimenter ce temps opératoire[2]. »

D'autre part notre statistique relate 30 observations de kystes hydatiques du foie, dans lesquels le capitonnage a été employé. Dans 2 cas, traités par M. A. Broca il y eut un léger écoulement biliaire qui retarda d'un mois la guérison, mais à l'opération M. A. Broca avait constaté dans l'adventice des canaux biliaires serpentant à la surface, prêts à se rompre. Dans un cas de M. Pierre Delbet (obs XCVIII) on dut, 18 jours après l'opération, rouvrir la cicatrice et drainer parce qu'un épanche-

1. A. Broca. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris,* 1er décembre 1909.
2. F. Dévé. *Trait. chir. mod. des kystes hydatiques du foie,* 1910, p. 473.

ment séro-sanguinolent s'était formé. Mais la paroi kystique était épaisse, durcie par place, se rétractait mal et un seul point de capiton avait pu être placé vers la moitié de la poche. C'était un cas d'incrustation calcaire partielle de la poche qui relève, nous l'avons dit, de la marsupialisation. La guérison s'obtint d'ailleurs en 2 mois, après le drainage secondaire.

Il reste donc que le capitonnage a donné 28 guérisons rapides sur 30 cas, c'est-à-dire 93,3 p. 100, guérisons rapides en 15 à 20 jours. Et il faut bien noter que des malades chez qui la réunion par première intention n'a pas été obtenue ont cependant été guéris. Aucun n'a succombé.

b) **Réduction libre dans l'abdomen.**

« Vider le kyste, enlever la vésicule-mère, rétrécir la cavité, fermer par une suture l'ouverture faite à la membrane adventice, réduire dans l'abdomen le kyste ainsi traité et suturer la paroi abdominale sans aucun drainage. » C'est la description que donne M. Pierre Delbet du procédé de réduction du kyste suturé dans l'abdomen. La fermeture du kyste est un temps important. On l'obtient en suturant les lèvres de l'incision par des points séparés, ou mieux par un surjet, et si les parois à ce niveau sont assez souples pour se laisser plisser, par une suture de Lembert. Si l'on ne fait pas de capitonnage, il faudra avoir soin de bien aplatir la poche pour chasser l'air qu'elle contient avant de la refermer. Si la suture est bien hermétique, et il importe qu'elle le soit, la poche ne peut plus se dilater, la pression abdominale suffit à maintenir accolées les parois de la poche vide.

M. Jonnesco (de Bucarest) recommande de fermer la poche par deux étages de suture : un surjet profond comprenant toute l'épaisseur de la tranche, un autre superficiel à la Lembert, adossant les lèvres par leur face externe. Évidemment il n'y a pas d'inconvénient à agir ainsi, mais il faut pour y réussir que

la paroi soit très souple. Quand la membrane est épaisse et résistante, le double plan de suture, est impossible, et somme toute il n'est pas nécessaire.

Nous avons déjà vu que tous les kystes hydatiques du foie, qu'ils soient intra-parenchymateux, à développement abdominal ou thoraco-abdominal sont justiciables de ce mode de traitement. Les kystes de la face supérieure du foie à développement franchement thoracique, eux-mêmes, peuvent très bien être traités par ce procédé. La plupart des observations que nous avons rapportées s'appliquent à des kystes antéro-inférieurs, à développement abdominal. Cependant nous trouvons, dans notre statistique six observations de kystes à évolution thoracique auxquels on appliqua la suture du kyste, après formolage, suivie de la réduction sans drainage, et nous avons dit que dans ces 6 cas la guérison fut obtenue en un mois et même moins dans 5 cas, en deux mois dans le sixième.

Nous n'avons reconnu que deux contre-indications formelles, absolues à la réduction sans drainage, c'est la suppuration du kyste et l'incrustation calcaire de l'adventice, poussée au point de rendre celle-ci inflexible. Cette dernière contre-indication ne se présentera du reste que bien rarement. L'incrustation de l'adventice ne se rencontre jamais dans les kystes en voie d'évolution, mais seulement dans de très vieux kystes aux hydatides mortes depuis longtemps. Nous avons cité les trois cas de MM. Poirier, Pierre Delbet et Quénu où l'on dut appliquer d'emblée ou secondairement la marsupialisation à la cure du kyste hydatique (Voy p. 31).

Le procédé de réduction libre sans drainage, après suture de l'incision kystique permet d'obtenir immédiatement la rétraction du foie qui reprend sa place dans l'abdomen, libre de toute adhérence. Il met sûrement à l'abri des compressions d'organes voisins, évitant au malade les douleurs qui pourraient être causées par les tiraillements.

Avec ce procédé les suites opératoires sont des plus simples. La cavité kystique demeure affaissée, se rétracte et disparaît dans l'intimité du foie cependant que l'incision pariétale se réunit par première intention. L'opéré est guéri au bout de 15 à 20 jours dans les cas favorables qui constituent la très grande majorité. Et c'est cette rapidité de la guérison qui constitue surtout l'avantage de la méthode.

Cependant certains chirurgiens ont ressenti une crainte extrême à l'idée de ce qu'il pourrait advenir, si un épanchement secondaire plus ou moins septique se produisait dans la poche réduite et abandonnée dans la cavité abdominale. Déjà en 1899 à la Société de chirurgie M. Segond[1] se faisait l'écho de ces craintes. Après lui M. Potherat devait insister sur ce danger possible. Ils redoutaient de ne pouvoir rouvrir le kyste avant que le péritoine soit menacé. Nous verrons d'ailleurs que ces appréhensions n'étaient pas justifiées, car dans aucun cas il n'est résulté d'accident du fait de la réduction libre.

4° Fixation de la poche a la paroi abdominale

C'est sans doute la crainte de ne pas retrouver assez vite la poche suturée en cas d'épanchement secondaire qui avait incité Thornton à fixer dans la plaie abdominale le kyste suturé. Mais il n'avait utilisé qu'incidemment cette technique. Le chirurgien argentin Andrès Llobet paraît être le premier qui se soit préoccupé d'ériger la technique en méthode. Il proposait de suturer la poche à la paroi de la manière suivante : « Après évacuation complète du contenu de la poche, je résèque ses parois, si elles sont excessives, à un niveau tel que ses bords puissent être facilement unis aux lèvres de l'incision abdominale. Cette marsupialisation se fait au moyen d'une suture continue, ou à

1. Segond. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, Paris, 18 janvier 1899, p. 8.

points séparés, en employant pour cela le catgut. Puis je sèche soigneusement la cavité à l'aide d'une compresse. Je ferme ensuite complètement cette cavité ainsi que la paroi abdominale, en les suturant. Les points de suture de cette dernière doivent être faits en deux plans, en comprenant dans le premier les muscles et la paroi du sac, dans le second la peau[1] ». A. Llobet aurait pratiqué ce procédé dès 1895, mais ne le défendit que deux ans plus tard dans la thèse de F. Llobet, puis dans des travaux personnels en 1898 et 1900[2]. Il rapportait dans la thèse de F. Llobet ses sept premiers cas, avec cinq succès et deux échecs de la méthode. L'avantage de son procédé, affimait-il, était de permettre en cas de suppuration et de cholérragie, d'entrouvrir immédiatement et sûrement l'incision abdominale à l'aide d'une sonde pour drainer la poche. Et l'on se trouvait alors dans les mêmes conditions que si l'on avait d'emblée pratiqué la marsupialisation.

L'inconvénient à la méthode apparaît aussitôt. Si l'on bénéficie de quelques-uns des avantages de la suppression du drainage, tel que d'éviter les suppurations par infection extérieure de la poche, on ne peût esquiver certains désagréments inhérents à tout procédé de fixation en masse à la paroi, tel que tiraillements au niveau de la cicatrice abdominale, et gêne apportée à la rétraction kystique. On peut même se demander si ces tiraillements ne favorisent pas la réplétion secondaire. Ces inconvénients n'échappèrent pas à Varsi[4]. Pour y parer il fixe seulement au péritoine pariétal la poche réduite, ou plutôt il comprend dans les mêmes points de sutures la poche et la séreuse péritonéale. « De cette façon, écrit-il, la cavité de la poche est complètement extrapéritonéale et juxtapariétale, en sorte que si

1. A. Llobet. In Tesis. F. Llobet, Buenos-Aires, 1897.

2. A. Llobet. *Ibid. Tratam. de los quist. hidat.* Anales de sanid. milit., 1900.

3. *Ibid.* Onze années de pratique chirurgicale. Paris, 1898.

4. Varsi. *Tratam. de los quist. hidat. del hidugo.* Annales del circulo medico Argentino, 1900 et Congreso cientifico latino-americum. Montevideo, 1901.

elle vient à suppurer, on n'a qu'à faire sauter les sutures superficielles et musculo-aponévrotiques pour avoir une marsupialisation. » Varsi affirme que son procédé unit les avantages de l'occlusion du kyste sans drainage à la sûreté de la marsupialisation et évite à la fois les inconvénients de l'une et l'autre méthode. Trop souvent, dit-il, les kystes suturés et réduits sans drainage s'infectent par la suite et l'on n'est pas en droit de compter sur des adhérences providentielles pour préserver le péritoine, car elles n'ont pas toujours le temps de se former. Il ajoute que jusqu'au trentième jour on ne peut regarder comme guéri, un kyste suturé et réduit; car la suppuration serait fréquente au vingt-deuxième jour. D'autre part le procédé de Llobet n'est pas parfait parce qu'il expose aux éventrations, et qu'il n'est d'ailleurs pas possible en tous les cas, par exemple pour les kystes postéro-inférieurs. Au contraire le procédé que lui-même, Varsi, propose est applicable à tous les cas qui relèvent de l'occlusion sans drainage et rend possible la suture des kystes postéro-inférieurs par la voie abdominale antérieure. Le péritoine se laisse décoller et déprimer facilement dès qu'il est suturé à l'adventice. Il ne reste plus qu'à suturer par points séparés le plan musculo-aponévrotique à la peau.

Nous avons dit dans notre historique qu'un chirurgien russe, Razumowsky [1] a de son côté apporté une modification au procédé de la réduction simple du kyste après suture. Comme les complications dues à des épanchements dans la poche de liquide hémorragique bilieux ou purulent, apparaissent, quand ils doivent se produire, dans un laps de temps assez court, il propose une fixation temporaire du sac à la paroi abdominale. Il fait pour cela des sutures en anse qui traversent d'abord la peau et la paroi abdominale puis le bord de l'incision du sac du côté opposé et enfin retraversent la paroi à côté de leur point de

1. Razumowsky. Premier congrès national des chirurgiens russes. In *Semaine Médicale*, 1901.

départ. On fait quelques sutures semblables des deux côtés de l'incision ; quand on lie les fils, le sac est attiré à la paroi et en même temps fermé hermétiquement. Il suffit ensuite de suturer l'incision abdominale.

Après une ou deux semaines on enlève les sutures profondes provisoires ; les adhérences qui se sont produites entre le sac et le péritoine pariétal disparaissent d'elles-mêmes par suite de la mobilité du foie. Si au contraire il survient quelque complication on a tôt fait d'ouvrir l'incision et d'enlever les fils profonds. La poche ouverte apparaît adhérente à la paroi abdominale par ses bords. L'on passe d'emblée « de l'occlusion qui est l'idéal à la marsupialisation ». L'avantage de cette technique serait d'éviter la recherche du sac, manipulation toujours délicate, au cours de laquelle on peut craindre l'issue de liquide parfois infectieux dans la cavité abdominale.

Razumowsky apportait, à l'appui de son exposé, mais sans détails, neuf observations avec les meilleurs résultats.

Nous ne connaissons pas d'autres observations de ce genre et il est difficile avec un aussi petit nombre de faits de discuter la valeur pratique de cette technique, les résultats pratiques restant toujours la pierre de touche d'une méthode. Mais il nous semble que la fixation de la poche à la paroi a toujours l'inconvénient d'empêcher les organes de reprendre leur position normale. Elle exerce des tiraillements qui peuvent être cause de douleurs et qui favorisent la réplétion secondaire. D'autre part, elle ne nous paraît point utile, puisque l'on n'a jamais observé la rupture dans le péritoine de la poche suturée et réduite.

En France, ces dernières années, M. Quénu[1] a proposé et exécuté une modification du procédé de la réduction sans drainage. « Au cours de la suture du kyste, au lieu d'abandonner cette suture hépatique dans l'abdomen, on la fixe par ses fils

1. Quénu. In thèse Cauchoix. Paris, 1908, p. 80.

extrêmes à la paroi abdominale ; il persistera ainsi une coalescence intime entre le foie et la paroi, d'où impossibilité à l'épanchement secondaire, s'il se produit, de se déverser dans la cavité péritonéale. Cette fixation de la poche suturée à la paroi abdominale n'est qu'une application particulière d'une méthode de chirurgie générale qui consiste à fixer superficiellement un organe creux ouvert opératoirement lorsque l'on peut craindre la possibilité d'hémorragie ou de suppuration dans son intérieur. »

Nous verrons dans notre statistique les résultats qu'ont donnés ce procédé.

Enfin toujours par crainte de complications péritonéales dues à des épanchements secondaires dans la poche, certains opérateurs ont conseillé un drainage temporaire de la séreuse péritonéale. Les uns se sont bornés à établir un drainage « parakystique » comme Quénu, Hartmann, Bazy, Chavanaz, au contact même ; d'autres comme Tuffier ont drainé à une certaine distance de la poche. Le drain est enlevé au bout de quelques jours si rien ne s'est produit.

Tous ces procédés de fixation de la poche à la paroi nous semblent passibles des mêmes critiques.

D'abord, la fixation va complètement à l'encontre d'un des principaux avantages que donne la réduction sans drainage. En effet elle gêne la rétraction de la poche, elle l'empêche de reprendre sa place normale dans la cavité péritonéale. Le procédé de Varsi ou fixation au seul péritoine pariétal évite en partie cet inconvénient, parce que la séreuse péritonéale glisse et se laisse facilement déprimer, mais il n'échappe pas au second grief que nous faisons au procédé, de créer des adhérences. On a omis de noter dans les observations de kystes fixés à la paroi si les malades s'étaient plaints dans la suite de douleurs abdominales. Celles-ci nous apparaissent comme très probables, car dans certains cas les adhérences doivent causer des compres-

sions d'organes voisins. Nous avons déjà dit que très souvent l'adventice renfermait des vaisseaux et des canalicules biliaires rampant presqu'à la surface de la poche. Les tiraillements auxquels est soumise la poche fixée à la paroi abdominale risquent de rompre l'un de ces vaisseaux ou de ces canalicules et de fait l'on a constaté, avec cette technique opératoire, une tendance marquée de la poche à se remplir d'un épanchement secondaire soit séreux, soit biliaire, soit hémorragique. Dans notre statistique, qui comprend 16 cas de kystes fixés à la paroi, nous avons constaté cet épanchement secondaire dans 6 cas soit 37,5 p. 100, alors que la réduction libre pour 85 cas ne donnait que 13 cas de remplissage de la poche, soit 15,2 p. 200. Nous pensons donc ne pas insister sans raison sur cette tendance au remplissage de la poche fixée.

Si les inconvénients de la méthode sont flagrants, ses avantages ne nous apparaissent pas. On a dit, et M. Dévé a insisté là-dessus, que l'on avait, avec la fixation toute certitude de retrouver le sac et de le ponctionner ou de le rouvrir en cas d'épanchement, tandis qu'avec la réduction libre on courrait des dangers. Nous n'avons pas trouvé un seul cas où l'on n'ait pu intervenir à temps en cas d'épanchement secondaire dans un kyste réduit librement. Ou bien la suture kystique a résisté jusqu'au moment où le chirurgien est intervenu ; ou bien il s'est produit des adhérences qui ont protégé le péritoine jusqu'à l'ouverture spontanée. Dans aucun cas, le péritoine n'a été contaminé.

CHAPITRE V

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES GREFFES HYDATIQUES

L'*échinococcose secondaire*, par greffes des éléments hydatiques tombés dans la cavité péritonéale ou sur l'incision abdominale semble, après les remarquables travaux de M. F. Dévé[1], être aujourd'hui universellement admise. Il n'est pas dans les données de notre travail de refaire l'historique de cette question, non plus que de constater la fréquence de ces greffes hydatiques post-opératoires. Des travaux spéciaux sur ce sujet ont paru ces dernières années auxquels nous ne pourrions rien ajouter. Aux nombreuses publications de M. F. Dévé sont venus s'adjoindre les travaux de Quénu et de ses élèves, les thèses de Quemin[2], de Cauchoix[3].

Nous nous contenterons de passer en revue les procédés opératoires qui ont été mis en œuvre pour combattre cette échinococcose et nous chercherons si le liquide antiseptique employé a nui en quelque manière, ou a été favorable au résultat opératoire.

Billroth, Bobroff, Tipiakoff ont utilisé il y a longtemps déjà les injections antiseptiques à l'intérieur de la cavité kystique après évacuation de son contenu. Ils abandonnaient une solution iodoformée dans le kyste avant de le suturer, et de le

1. F. Dévé. Des greffes échinococciques. *Soc. de Biolog.*, 2 février 1901 ; thèse inaugurale. Paris, juillet 1901. *Soc. de Biolog.*, 17 mai 1902, 17 janvier 1903, 22 octobre 1906, etc.

2. Quemin. Thèse de Paris, 1909.

3. Cauchoix. Thèse de Paris, 1908.

réduire dans l'abdomen. Mais leur but n'était pas de prévenir l'échinococcose secondaire, ils cherchaient à déterminer dans le kyste une pression positive qui s'opposât à la réplétion de la poche. Des intoxications graves se produisirent qui firent bientôt abandonner la méthode.

M. Tuffier a préconisé en France le lavage au sublimé de la poche évacuée en laissant quelques grammes de liquide dans la cavité. Il a communiqué à la Société de chirurgie en 1899 des observations de kystes ainsi traités mais depuis il a délaissé l'usage de cet antiseptique. Après lui Orloff en 1901, proposa, pour prévenir la récidive hydatique, de toucher avec une solution phéniquée à 5 p. 100 la cavité du kyste évacué, avant de réduire sans drainage. Enfin nombre de chirurgiens, surtout à l'étranger, se contentent d'un simple lavage de la poche, soit à l'eau bouillie, soit à la solution salée physiologique.

Mais tous ces procédés s'appliquaient à la poche évacuée de son contenu, c'est-à-dire à un moment où la dissémination des germes hydatiques dans la plaie opératoire ou dans l'abdomen avait déjà pu se produire. Le mérite de M. Dévé fut d'agir sur ces germes avant l'ouverture de la poche, par conséquent avant toute dissémination. D'où le nom « d'injection parasiticide préalable ». Des recherches expérimentales lui permirent de penser « que l'injection d'une solution de sublimé à 1 p. 1000 ou de formol à 1 p. 100 maintenue pendant cinq minutes en contact avec la surface interne du kyste, détruisait la vitalité des germes échinococciques contenus dans sa cavité[2] ». Les accidents d'intoxications graves observés, à la suite de l'emploi du sublimé, firent rejeter cet antiseptique. C'est le formol conseillé par M. Dévé dans sa thèse en 1901 qui est actuellement employé par la plupart des chirurgiens.

1. Tuffier. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1er février 1899.
2. Dévé. *Soc. de Biologie*, 17 janvier 1903. 2e note.

La technique générale de l'injection parasiticide préalable, encore appelée « formolage » (Quénu), formolisation (Reclus), formolinisation (Poënaro-Capcesco) fut elle-même tracée par M. Dévé. « Le kyste étant à nu sous le doigt du chirurgien et les tissus voisins préalablement protégés, on pratique avec l'appareil de Potain ou celui de Dieulafoy : 1° la ponction évacuatrice du kyste, 2° l'injection dans sa cavité, d'une quantité variable de liquide ténicide qu'on laissera en contact avec le kyste pendant 1 ou 2 ou 3 minutes, 3° l'évacuation du liquide parasiticide injecté... Naturellement l'intervention sera poursuivie et terminée comme à l'habitude [1]. »

La première opération dans laquelle fut pratiquée cette technique, fut faite par M. Quénu le 3 novembre 1902. Une petite modification était apportée au procédé de M. Dévé, pour simplifier et rendre plus pratique la ponction. Sur la canule du petit trocart de l'appareil Potain, dit M. Quénu « nous avons adapté un tuyau de caoutchouc bien maintenu par un fil un peu serré ; puis à une petite distance, nous avons perforé obliquement le tuyau de caoutchouc avec la lame du trocart, que nous avons ensuite conduit dans sa gaine. De la sorte, il suffit, après ponction, de retirer la lame entièrement ; le petit trou fait dans le tuyau de caoutchouc s'efface par l'élasticité de celui-ci, et le liquide coule au dehors, sans qu'on ait besoin de faire aucune aspiration. A l'autre extrémité du tuyau est adapté un entonnoir en verre, capable de contenir 4 à 500 grammes et gradué. Après ponction, il suffit qu'un aide qui tenait l'entonnoir l'abaisse pour recueillir le contenu du kyste et le mesure approximativement [2] ». Lorsque tout l'écoulement de liquide hydatique a cessé, on relève l'entonnoir et on y verse la solution formolée. Après un contact de 5 minutes, cette solution est évacuée « par le même procédé qui avait servi au contenu

1. F. Dévé. Thèse de Paris, 1901, p. 239.
2. Quénu. *Soc. de chir.*, 1er juillet 1903. p. 239.

hydatique c'est-à-dire en abaissant simplement l'entonnoir pour faire siphon » (Quénu).

Ainsi décrite, la technique de Dévé-Quénu doit être appliquée, non seulement avant l'ouverture large du kyste, mais avant toute autre manœuvre opératoire, avant toute ponction exploratrice de la poche pour éviter une contamination possible par issue hors de la poche des germes hydatiques.

Cependant il y a certains cas où l'injection de la solution formolée devient impossible, par exemple dans les vieux kystes bourrés de vésicules, avec ou sans magma gélatiniforme. En pareil cas, « on pratiquera un curage soigné de la poche évacuée, sa paroi fibreuse sera asséchée avec des compresses (nous rejetons complètement l'usage de la curette). Puis on touchera la surface intérieure du kyste, jusque dans ses moindres recoins, avec une solution forte de formol, de sublimé ou encore avec du chlorure de zinc »[1].

On a fait à l'injection parasiticide de la solution formolée le reproche de transformer l'opération des kystes hydatiques — qui sans elle est aseptique — en une opération antiseptique. En effet, l'introduction dans le kyste d'un antiseptique, aussi bénin soit-il, a pour effet de déterminer de l'irritation. On peut donc craindre que les kystes formolés aient une tendance plus marquée à se remplir secondairement. C'est même cette crainte qui a empêché M. Pierre Delbet de pratiquer régulièrement le formolage. Notre statistique qui porte sur 101 malades traités par la suture sans drainage, montre que 37 fois on a fait usage de l'injection de la solution formolée. Nous devons mettre hors de compte les cas de M. A. Broca sur lesquels nous n'avons que des renseignements insuffisants. Ainsi nous trouvons que 37 malades sur 87 ont subi le formolage. Trois fois il s'est produit secondairement dans la poche formolée un épanchement

1. F. Dévé. *Kystes hydatiques du foie.* Paris, 1905, p. 168.

sérieux nécessitant une seconde intervention. Ce sont: observation XXXIV, où la cholérrhagie se produisit au 8e jour, drainage, guérison lente comme après marsupialisation. Obs. XLIII où une cholérrhagie se produisit également au 8e jour. On dut faire à trois reprises différentes des ponctions et le malade guérit n 65 jours. Obs. XLVIII qui concerne une malade de MM. Cerné et Dévé. Des signes amphoriques perçus le 8e jour après l'opération firent penser à un pneumatose kystique. Des ponctions faites le 14e, le 25e et le 44e jour ramenèrent des gaz et du liquide biliaire plus ou moins trouble. La malade sortait guérie le 56e jour.

Somme toute 3 opérés sur 37 ont, après formolage, présenté un épanchement dans la poche kystique. C'est un pourcentage de 8,1 p. 100. Nous verrons ultérieurement que dans les cas sans formolage le pourcentage est plus fort puisque 17 opérés sur 50 ont présenté un épanchement secondaire, c'est-à-dire exactement 30 p. 100. Le pronostic en faveur du formolage s'améliorerait encore si au lieu du nombre des malades, c'est le nombre exact de kystes formolés que l'on rapportait. En effet, le formolage fut employé dans 12 cas de kystes multiples. De ce chef, 16 kystes nouveaux s'ajoutent aux 37 déjà énoncés, et alors nous trouvons pour ces 53 kystes formolés toujours avec 3 épanchements, une proportion de 5,66 p. 100.

Nous voyons donc que bien loin d'être nuisible, le formolage, même au point de vue strict de l'évolution ultérieure de la poche suturée semble avoir une action réellement bienfaisante. Nous n'avons pas à discuter ici son efficacité au point de vue de la récidive hydatique.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS

CHAPITRE PREMIER

COMPARAISON DE LA MARSUPIALISATION ET DE LA SUTURE SANS DRAINAGE

Deux chirurgiens argentins Végas et Cranwell publièrent en 1901 la statistique de tous les kystes hydatiques traités jusqu'à cette même année, dans les hôpitaux de leur pays. Cette importante statistique comprenait 970 observations parmi lesquelles 379 cas de kystes hydatiques non suppurés du foie. Ces deux chirurgiens ont formulé en quelques lignes le mode opératoire et le résultat pour ces kystes du foie :

« *Marsupialisation :* 254 cas, avec 243 guérisons et 11 morts, dont une par tuberculose et une autre par diphtérie.

« *Suture sans drainage :* 125 cas avec 86 guérisons, 7 morts et 32 qui ont suppuré et ont été guéris par un drainage consécutif. »

Les auteurs n'ont établi aucun pourcentage et pour les 7 morts à la suite de suture sans drainage un renvoi à une note dit seulement : « un de ces malades est mort à cause d'un lavement de glycérine phéniquée administré par erreur de l'infirmière ». C'était d'ailleurs un des cas opérés par Alexandro Posadas dont nous avons déjà parlé. Pour volumineux que soit le livre de Végas et Cranwell, le texte des observations est très court, parfois si réduit que l'on n'en peut en tirer aucune indi-

cation. Cependant nous avons pu étudier de près les 7 cas de mort consécutive à la réduction sans drainage et voici ce que nous avons trouvé :

Obs. CVI. — Mort due à un lavement phéniqué.

Obs. CXXXII. — « Mort par péritonite, au 3e jour. A l'autopsie la poche périkystique était vide, ses parois aplaties et contractées. » Il s'agissait donc d'une infection opératoire.

Obs. CCXXXIX. — « Les premiers jours après l'opération, température 38° et douleur et le 5e jour s'ouvre un petit abcès superficiel. Au 16e jour, abandonne le lit, paraissant guéri. Meurt brusquement pendant qu'il se promenait dans la salle. » L'autopsie a montré que la mort était due à des embolies venant de la veine cave. Cette dernière renfermait un caillot stratifié. Le kyste venait jusqu'à son contact et la poche s'était remplie de liquide citrin.

Obs. DXXIII. — « Opérée le 29 novembre et morte par péritonite. »

Obs. DXXXIII. — « Mourut le 3e jour. A l'autopsie on constate que la cavité du kyste était pleine de bile. »

Obs. DLXLVII. — « Mort le 21e jour de l'opération, plaie ouverte et drainée le 9e jour. »

Obs. DCXXV. — « Mort au 12e jour de l'opération par obstruction intestinale. »

Ainsi nous trouvons une mort par lavement phéniqué, deux par péritonite, évidemment due à une infection opératoire, une par embolie et une par obstruction intestinale. Aucune de ces morts ne saurait être attribuée à la méthode. Nous n'insistons pas sur la mort due au lavement phéniqué. La méthode non plus n'a rien à voir dans les deux cas de mort par péritonite, puisqu'il s'agit là d'une infection opératoire. L'embolie dont mourut l'un des opérés eût également pu se

produire si on avait marsupialisé. On ne peut même affirmer que la thrombose n'était pas antérieure à l'opération puisqu'elle ne s'est révélée par aucun symptôme et que les caillots stratifiés n'étaient pas récents. Il ne peut davantage être question de reprocher à la méthode d'avoir causé l'obstruction intestinale.

Restent donc deux morts (obs. DXXXIII et DLXLVII) qu'on peut attribuer à la méthode.

Encore pourrait-on les discuter. Dans l'observation DXXXIII, est-ce bien l'épanchement de bile dans le kyste qui a tué le malade? On peut en douter. La cholérrhagie n'est pas par elle-même mortelle, où qu'elle se fasse. On sait que la rupture des voies biliaires aseptiques dans le péritoine n'entraîne aucun accident. Expérimentalement, on peut, sur des chiens, sectionner le cholédoque et le laisser librement ouvert dans le péritoine sans qu'il en résulte d'accident immédiat. On ne voit pas comment l'épanchement de bile dans la poche adventice pourrait entraîner la mort en 3 jours. Il faut remarquer encore que dans ce cas on n'avait pas fait de capitonnage. Celui-ci aurait peut-être empêché, certainement réduit l'épanchement de bile.

Et pour l'obs. DLXLVII on peut objecter que, la fistule s'étant produite le 9e jour et la mort seulement le 21e jour, le malade aurait couru les mêmes risques avec le drainage d'emblée.

A bien prendre les choses et nous aurons à revenir sur ce point, les seuls cas où la mort pourrait être réellement attribuée à la suture sans drainage seraient les suivants : 1° un opéré succombant à la septicémie avec la poche adventice remplie de liquide septique ; 2° un opéré mourant de péritonite due à la rupture de la poche adventice préalablement suturée et secondairement remplie.

Or ni dans la statistique de Végas et Cranwell, ni dans les autres faits que nous avons pu recueillir, il n'existe de cas de ce genre.

D'autre part sur les 11 cas de mort consécutive à la marsupialisation, en dehors des deux cas signalés par les auteurs : morts par tuberculose et par diphtérie, nous pouvons éliminer, comme non imputables à la méthode, les deux décès des obs. CDLI et DLII, où la mort fut causée par la péritonite. Restent 7 morts imputables à la méthode.

Les auteurs nous parlent de 254 kystes hydatiques du foie traités par la marsupialisation. En réalité nous n'avons trouvé que 185 cas où cette technique opératoire était mentionnée. Pour le reste, leur statistique se contente de donner les dates d'entrée et de sortie des malades à l'hôpital. Ces cas sont inutilisables pour nous. Si nous établissons les pourcentages après correction nous trouvons :

Marsupialisation : 185 cas, 7 morts, soit 3,78 p. 100.

Suture sans drainage : 125 cas, 3 morts, soit 1,60 p. 100.

Ces résultats sont en faveur de la suture sans drainage. Encore n'est-ce pas là le grand avantage de la méthode. Cet avantage réside surtout dans ce que M. Delbet a appelé la qualité de la guérison. On a assez redit la lamentable odyssée des marsupialisations : suppurations, fistules qui s'éternisent, éventrations. Dans la statistique précédente, sur les 174 guérisons par la marsupialisation, seulement 35 étaient définitives en 1 mois, c'est-à-dire 20 p. 100, et 49 du reste en 2 mois ou 34 p. 100. Au contraire avec la réduction sans drainage, on obtenait en moins d'un mois 86 guérisons définitives sur un total de 118 guérisons, c'est-à-dire 72,88 p. 100. Encore doit-on ajouter que parmi les 32 qui suppurèrent, 22 guérirent en moins de 3 mois après réouverture de la poche et drainage.

M. Delbet avait, dès le début, insisté sur ce point ; que dans le cas où la poche adventice suturée se remplirait, on aurait le temps de l'ouvrir et de la drainer et qu'en somme les choses se passeraient alors comme si l'on avait fait la marsupialisation d'emblée. Les faits ultérieurs ont montré que cette conclusion

optimiste ne l'était cependant pas encore assez. En effet dans certains cas où la poche s'est remplie, le professeur Quénu s'est borné à la ponctionner et bien que la suture n'ait pas donné dans ces cas le résultat idéal, les malades en ont cependant bénéficié.

M. Quénu avait opéré le 5 juin 1905 par la voie transpleurale avec résection costale un gros kyste hydatique du foie contenant 3 litres environ de liquide clair. Le 7 juillet une voussure s'est formée au niveau du foie indiquant la formation d'un épanchement dans la poche. Le malade est fiévreux et la température est de 39°. M. Quénu ponctionne et retire un liquide trouble qui cultive. A deux autres reprises les 15 et 31 juillet, le malade est ponctionné, et la dernière ponction retire 3 litres et demi de pus. Le malade guérissait cependant 65 jours après la première intervention, et la guérison a persisté, car le sujet a été revu depuis en excellente santé (Obs. XLIII).

Les mêmes auteurs Végas et Cranwell dont les idées, nous l'avons déjà dit, se sont profondément modifiées ont publié en *1910* leur statistique personnelle qui comprend :

Marsupialisation : 113 cas avec 5 morts *attribuables* à la méthode, soit 4,4 p. 100.

Suture sans drainage : 92 cas avec 2 morts *attribuables* à la méthode soit 2,1 p. 100.

Ils ajoutent : « la mortalité a été inférieure pour les opérés par la suture sans drainage, mais le principal avantage de la méthode aseptique ne consiste pas tant dans la différence de mortalité qui n'est pas considérable que dans la guérison rapide qui libère le malade d'une convalescence longue et dangereuse par la suppuration et la fistulisation prolongée[1] ». En effet leurs 92 cas de kystes hydatiques du foie donnèrent, avec cette méthode, 71 guérisons immédiates, ce qui fait 77 p. 100.

1. Cranwell et Vegas, 1910. *Tratam. de los quist. hidat.*, p. 147.

Encore ces résultats seraient-ils plus brillants si l'on ajoutait le total réel des kystes guéris *per primam*, car parmi les 71 guérisons, il y avait 10 kystes multiples, et c'est 82 et non pas 71 qui représente le nombre exact des kystes guéris. C'est dire que 89 p. 100 des kystes traités par la réduction sans drainage ont guéri dans un délai de moins d'un mois. Que l'on compare ces résultats avec les plus brillants qu'ait jamais pu donner la marsupialisation et l'on s'étonnera que des chirurgiens, en Allemagne notamment, persistent encore à employer ce procédé désuet, nuisible à l'intérêt du malade.

Nous avons cherché, nous-même, a établir une statistique des kystes hydatiques du foie traités par la suture sans drainage. Nous avons colligé les cas publiés dans les diverses publications médicales *françaises*. Nous sommes ainsi arrivé à un total de 101 cas, parmi lesquels 19 cas de kystes multiples.

Disons de suite que sur ce total de 101 cas de kystes hydatiques de foie, pas une seule fois la mort de l'opéré ne peut être attribuée à ce fait que la poche a été suturée sans drainage dans la cavité abdominale.

Il y a cependant à déplorer deux morts rapides survenues après l'opération. Ce sont les observations XXXVIII. et LXVI.

L'observation LXVI se rapporte à une malade de M. Lenormant. Il s'agissait d'une femme de 25 ans opérée le 21 août 1908 de kystes kydatiques multiples du foie. Après laparotomie un kyste du volume du poing fut ponctionné, incisé, vidé de sa vésicule mère, capitonné et réduit sans drainage. Un second kyste de la face inférieure du lobe carré fut traité de même. Un troisième placé très haut sous le diaphragme ne devint accessible qu'en branchant une incision transversale le long du rebord costal gauche. Ce kyste gros comme les deux poings fut ponctionné, formolé, incisé, vidé et réduit sans drainage. Après section du ligament suspenseur, on ponctionna le lobe droit aug-

menté de volume. Il contenait un liquide clair. On formola, puis on essaya d'inciser. Mais l'aiguille s'étant déplacée on ne put arriver sur le kyste. Hémorragie formidable, état inquiétant de la malade. On dut renoncer à l'extirpation du kyste. On fit la suture hépatique puis un tamponnement par une mèche et la réduction sans drainage.

L'opération avait duré plus d'une heure et la malade était profondément shockée. Des signes d'infection suraiguë ne tardèrent pas à apparaître et la mort survenait dans les 48 heures. Il ne fut pas pratiqué d'autopsie.

Cette observation doit être mise complètement à part et il est bien évident qu'on ne saurait attribuer à la méthode de réduction sans drainage le dénouement fatal. Sans doute on ne peut rien trouver d'équivalent dans les observations de marsupialisation. Si on avait marsupialisé, l'acte chirurgical se serait borné à deux kystes, peut-être à un. C'est un avantage de la réduction sans drainage de permettre d'agir sur un grand nombre de kystes en une seule séance, mais il faut savoir se borner. Surtout si l'état du malade laisse à désirer, il est de toute nécessité de restreindre l'acte opératoire et de fractionner l'intervention. C'est ce que fit M. Pierre Delbet dans un cas du même genre. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le diagnostic de kyste double du foie avait été posé. Le 9 octobre 1906, M. Pierre Delbet opérait un premier kyste bilobé siégeant à la face inférieure du foie, et le réduisit sans drainage, puis attendait la guérison opératoire. Le 31 octobre 1906 il pratiquait une deuxième intervention pour un kyste de la face supérieure du foie siégeant du côté opposé. Le kyste fut encore capitonné et réduit sans drainage. La malade guérit parfaitement (Obs. XCVII).

Quoi qu'il en soit, il serait fort injuste de faire entrer des morts, comme celle que nous venons de rapporter, dans les statistiques générales destinées à comparer la gravité de la marsupialisation à celle de la réduction sans drainage, puisque dans

les observations de marsupialisation on ne peut rien trouver de ce genre.

Dans l'observation XXXVIII, il s'agit d'un gros kyste hydatique du foie opéré le 1er septembre 1900 par M. Marion. Après évacuation de 3 litres de liquide et de vésicules-filles, puis extraction de la vésicule-mère, M. Marion tenta le capitonnage. Devant une hémorragie assez abondante il y renonça, au lieu de continuer le capitonnage et de resserrer ensuite les fils, ce qui, dans un cas semblable, permit à M. Pierre Delbet, d'obtenir l'hémostase. Ensuite M. Marion suture les lèvres de l'incision kystique et les fixe à la paroi abdominale qui est à son tour suturée. Les jours suivants élévation de température, frisson, urticaire généralisée pendant 24 heures. Le 9 septembre, huit jours après la première intervention, M. Marion fait endormir le malade au chloroforme et rouvre la cavité kystique. Un demi-litre d'un mélange de pus et de sang s'en échappe. Mais ce liquide ensemencé dans la suite par M. Lereboullet devait rester stérile. M. Marion marsupialise et draine la poche. Cependant la fièvre persiste, des poussées d'urticaire surviennent et l'état général du malade s'altère ; il a de l'ictère. Le 14 septembre, troisième intervention après chloroformisation. Laparotomie et exploration au trocart de lobe gauche du foie. Mais aucune collection nouvelle n'apparaît. Des épistaxis violentes, du purpura se manifestent et le 22 septembre, 22e jour après la première opération, le malade meurt avec les symptômes d'un ictère grave.

L'autopsie pratiquée par M. Lereboullet montre un foie adhérent au diaphragme par sa face convexe. La plus grande partie de l'organe était occupée par la cavité kystique, dont les parois étaient de la plus grande minceur. Un deuxième kyste méconnu, du volume d'un œuf de poule était situé près du premier. La substance hépatique de tout le lobe gauche réduite à fort peu de chose, était très friable et de teinte jaunâtre.

Telle est cette observation souvent citée, de M. Marion, qu'il communiqua à la Société de Chirurgie de Paris. Il attribuait température, — ictère, — urticaire, à la résorption des liquides épanchés dans le kyste suturé et réduit ; « la résorption du liquide, sang et bile, se mit tout à coup à exiger du foie, très réduit dans sa substance active, un fonctionnement plus actif qui épuisa la cellule hépatique ».

M. Pierre Delbet [1] qui fut chargé du rapport sur ce cas à la Société de Chirurgie insista sur le fait que l'ensemencement bactériologique du liquide exsudé dans la poche démontra sa stérilité, et que l'évacuation de l'épanchement intra-kystique n'empêcha pas la fièvre de continuer. Il ajoutait : « l'influence des deux dernières opérations sur l'ictère apparaît clairement : tout le monde sait que le chloroforme est toxique pour la cellule hépatique. Il me semble que pour un foie déficient, trois chloroformisations en 14 jours sont bien plus néfastes que la résorption d'un épanchement modéré de bile et de sang ». Il apparaît clairement que l'ictère grave terminal est dû aux chloroformisations itératives.

Pas plus que l'observation de M. Lenormant, celle de M. Marion ne se rapporte à un cas où la mort puisse être imputée à la suture sans drainage. Nous pouvons dire que sur les 101 cas de kystes hydatiques que nous avons rapportés il s'est produit deux morts opératoires, mais pour des raisons tout à fait étrangères au procédé employé.

1° Accidents

Restent 99 guérisons opératoires, dans lesquelles nous comptons 79 cas où la guérison se produisit très rapidement c'est-à-dire dans 78,2 p. 100 des cas, et seulement 20 cas, où 19,9 p. 100,

1. Pierre Delbet. *Bull. et Mém. Soc. de chir.* Paris, 27 décembre 1905.

qui donnèrent lieu à des accidents consécutifs. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de faire un groupe à part des cas dans lesquels il ne produisit que des incidents légers.

a. *Cholérrhagie légère.* — Nous appelons ainsi les cas de cholérrhagie passagère n'ayant duré que quelques jours, l'écoulement s'étant tari de lui-même sans nécessiter d'autre intervention que les pansements habituels. C'est ce qui se produisit dans 4 cas, l'un de M. Marion, un autre de M. Pierre Delbet et 2 de M. A. Broca.

b. *Intoxication ou choc anaphylactique.* — Nous ferons rentrer dans cette catégorie les cas légers d'intoxication hydatique, ne se manifestant que par une élévation de température pendant 24 ou 48 heures, une accélération du pouls qui monte de 120 ou 130°, un léger subictère, de l'urticaire localisé ou généralisé mais toujours fugace. Nous avons pu observer ces accidents, d'intoxication hydatique légère dans quatre cas (obs. XXVI, XL, LXXIV, XCVIX). La guérison n'en a d'ailleurs pas été retardée, elle est survenue en 3 semaines environ. Dans trois autres cas cependant (obs. XXVIII, XCIV, XCVII, ces accidents furent assez sérieux pour causer quelques craintes.

L'observation XXVIII se rapporte à un malade opéré par M. Lejars et présenté à la Société de Chirurgie le 4 juin 1902. Ce malade avait un gros kyste de la face intérieure du foie, Lejars le ponctionna, l'incisa, le vida de son contenu et de sa vésicule-mère et après résection d'un segment de la poche, la sutura et réduisit sans drainage. Le 3e jour, l'opéré présenta des accidents effrayants de collapsus. La face était d'une pâleur cadavérique, les yeux cernés, les traits tirés et le malade eut un vomissement verdâtre. Le pouls était très petit et à 120°. La température se maintenait aux environs de 37,5. Le lendemain le malade eut encore quelques vomissements glaireux, verdâtres, et pendant quelques jours il resta très déprimé. Dès le début ces accidents furent attribués à l'intoxication hydatique. L'on fit

deux injections de sérum, 500 centimètres cubes la première fois, 1000 centimètres cubes 2 jours après. Puis tout rentra dans l'ordre et le malade sortait guéri 21 jours après l'intervention.

Les deux autres cas appartiennent à la statistique de M. Pierre Delbet. L'un d'entre eux (Obs. XCIV) a trait à l'une des premières interventions de M. Delbet, par le procédé de réduction sans drainage. Il s'agit d'une femme de 50 ans qu'il a opérée le 12 septembre 1898 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Duplay. Après ponction, évacuation d'un litre de liquide et de la vésicule-mère, on résèque une lanière de 2 centimètres sur la lèvre gauche de l'incision kystique. Puis on place trois points de capiton, et l'on réduit la poche sans drainage. Dans l'après-midi le malade tombe dans un état semi-comateux avec stertor, pouls faible et lent. Vers cinq heures le chirurgien de garde, M. Villemin, est appelé et s'abstient de toute intervention pensant à une hémorragie intra-péritonéale. Il juge toute intervention inutile, car si on tentait de rouvrir l'abdomen, la malade succomberait sur la table d'opération. En réalité il n'y avait pas d'hémorragie. Le lendemain quand M. Pierre Delbet arrive à l'hôpital, la malade est très oppressée et dans un état de faiblesse extrême. Le pouls est misérable mais bien plutôt ralenti qu'accéléré. On défait le pansement. Il n'y a aucune réaction péritonéale. Le ventre est souple et indolent, sans aucune matité anormale. Le lendemain 14 septembre tous les accidents graves ont disparu. Il ne persiste plus qu'un peu d'oppression et de la toux. Mais la malade a une bronchite ancienne. Le mieux s'accentue les jours suivants. Le 19, en toussant la malade perçoit une sorte de craquement au niveau de la plaie. On défait le pansement et l'on constate que la moitié supérieure de la plaie est béante, mais le pansement n'est pas sali et ne contient ni sang ni bile. La plaie se réunit par seconde intention, sans que d'ailleurs la poche kystique se soit jamais rouverte et la malade guérit rapidement, du moins de

son kyste hydatique car sa bronchite aggravée la retenait encore à l'hôpital au mois de décembre suivant.

Chez le seconde malade de M. Pierre Delbet, il s'agissait d'une troisième récidive de kyste hydatique. (Obs. XCVII). Les deux premiers kystes avaient été traités en 1906 par le capitonnage avec un excellent résultat. Cette fois il s'agissait d'un kyste énorme qui fut opéré le 26 août 1910. La profondeur de la poche était telle qu'une pince de 20 centimètres de longueur n'en touchait pas le fond ; de plus les parois n'avaient aucune tendance spontanée à se rapprocher, si bien qu'après évacuation et extraction de la vésicule-mère une aspiration fut pratiquée et la poche simplement refermée. Trois heures environ après l'opération, la respiration s'affaiblit puis s'arrêta par intermittences ; les arrêts duraient jusqu'à 2 minutes, entrecoupés de séries de deux ou trois respirations courtes ; dans les intervalles des respirations, le facies était marbré et d'aspect presque cadavérique, le pouls devenait filant et presque imperceptible. Malgré les piqûres d'éther et de caféine, les inhalations d'oxygène et les tractions de la langue, ce ne fut guère que 2 heures après le début de ces accidents très impressionnants que le pouls se releva et que le facies reprit une coloration rosée. La respiration resta stertoreuse jusque vers le soir. Tous ces symptômes disparurent les jours suivants. La malade ne guérit cependant qu'au bout de 2 mois. Un épanchement s'était formé dans la poche et une petite fistule s'ensuivit. Celle-ci tarit en 2 mois environ.

Nous le voyons, dans tous les cas où elle s'est produite, l'intoxication hydatique, même sérieuse, n'a causé que des craintes passagères. On s'est borné à soutenir les forces du malade par des piqûres d'éther, de caféine, par des injections de sérum, et la guérison s'en est toujours suivie dans un délai très court, qui n'a dépassé 3 semaines que dans l'observation XCVII. Nous avons vu qu'il s'agissait dans ce cas d'un

kyste à paroi rigide et qu'un épanchement secondaire s'était formé dans la poche.

Ces accidents ont tout à fait les allures du choc anaphylactique. Il nous paraît singulièrement probable que c'est ainsi qu'on doit les expliquer actuellement. Mais cette question est tout à fait en dehors du sujet dont nous nous occupons. Nous voulons seulement faire remarquer que les accidents de ce genre n'ont rien à voir avec la méthode thérapeutique employée. On les a observés à la suite de la marsupialisation et même de la ponction simple. Ils peuvent être mortels ; mais s'il survenait un cas de mort après suture, cela ne pourrait en rien être porté au passif de la méthode.

c. *Fièvre.* — La fièvre est également une des complications le plus souvent bénignes, que l'on voit survenir parfois, dans les jours qui suivent l'intervention, généralement vers le 2e ou 3e jour. La température s'élève à 38°, 39° parfois 40° tandis que le pouls s'accélère, 120, 130 à la minute. En même temps le malade est très déprimé. Cet état dure 24 à 48 heures et tout rentre dans l'ordre. Si au contraire la température persiste, il faut craindre un épanchement secondaire dans la poche :

d. *Épanchements secondaires.* — Les complications sérieuses que nous avons constatées furent : la cholérrhagie 9 cas, la suppuration 5 cas, les hémorragies 3 cas, la pneumatose kystique post-opératoire 3 cas, complications qui ont nécessité une seconde intervention soit pour ponctionner, soit pour drainer le kyste faisant alors courir au malade tous les risques d'une marsupialisation jusques et y compris la cachexie terminale.

1° Cholerrhagie. — Nous avons rencontré dans 9 cas des épanchements séro-biliaires et biliaires. Ce sont les observations (XXXI, XXXIV, XVII, XL, XLIII, XLIV, XLV, LV, LXVII.) Cette complication s'est donc produite dans 9,09 p. 100 des cas qui ont guéri. Le suintement séreux plus ou moins teinté de bile ou la cholérrhagie franche s'est produit dans 6 de

ces cas au bout des premiers huit jours après l'intervention. Dans un cas — obs. XVII — l'épanchement ne s'est manifesté que le 17e jour. Lorsque Llobet affirmait que l'épanchement se formait au 22e jour nous ne voyons pas sur quels faits il pouvait se fonder. Ces épanchements ont parfois présenté un caractère de réelle bénignité, tel ce cas de M. Quénu — obs. LV — où une fistulette établie le 16e jour, tarissait le 29e et le malade sortait guéri les jours suivants. Dans 2 cas, l'un de M. Guinard — obs. XXXI — l'autre de M. Quénu — obs. XLIII — il suffit simplement de ponctionner la collection biliaire pour assurer la guérison complète. Le malade de M. Guinard fut même guéri par une seule ponction et la guérison s'est maintenue puisque, revu 10 mois après, l'opéré était toujours en excellente santé.

L'observation XLIII de M. Quénu est encore plus intéressante. Il s'agissait d'un gros kyste de la face convexe renfermant 3 litres 1/4 de liquide clair. Le malade opéré le 5 juin 1905 fut successivement ponctionné le 7, le 15 et le 31 juillet. On retira en tout plus de 5 litres de liquide. Le 10 août le malade quittait l'hôpital guéri, un peu plus de 2 mois après l'intervention. Un kyste de plus de 3 litres marsupialisé n'aurait pas guéri en 2 mois. Le malade avait donc bénéficié de la suture et des ponctions.

Dans d'autres cas (obs. XVII, obs. XXXIV, obs. XL, obs. XLV, obs. LXVIII) les chirurgiens ont été obligés de drainer secondairement. Dans 3 de ces cas (obs. XVII, XXXIV, LXVII) la guérison s'est produite comme après une marsupialisation. Mais il n'en a pas été de même dans les 2 autres cas. Dans l'un d'entre eux (obs. XL) il s'agissait d'un énorme kyste hydatique difficile à atteindre et faisant saillie à la face convexe du foie. M. Rochard, après ponction du kyste, incision, formolage et extraction de la vésicule-mère, sutura l'incision kystique et réduisit sans drainage. « Les choses, dit-il, allèrent bien les

premiers jours ; mais la poche s'étant à nouveau remplie, le foie s'abaissa et bientôt par le sommet de mon incision s'écoula un flot de liquide jaunâtre très teinté. Je plaçai *un drain* pour faire des lavages ; mais le malade était très affaibli, il avait une diarrhée persistante et au bout de 2 mois il succombait. Je me souvins alors qu'en vidant ce kyste j'avais observé des filaments jaunâtres qui auraient dû me faire penser à la possibilité d'une cholérrhagie et dans pareille occurrence, une autre fois, je marsupialiserai. Il est probable, comme l'a dit M. Quénu que c'est le flux biliaire dans l'intérieur de la poche qui a infecté son contenu et comme lui je pense qu'il se fait une exsudation aseptique d'abord qui se résorbe ensuite[1]. »

Nous ne saurions mettre cette mort au compte de la réduction sans drainage. La poche était destinée à suppurer, que la marsupialisation ait été faite d'emblée ou seulement après production de l'épanchement. Peut-être comme dans le cas précédent de Quénu aurait-on pu songer à ponctionner la poche dès que l'on s'était aperçu de sa reproduction ou à la recouvrir précocement. En tous cas nous ferons remarquer que le capitonnage n'avait pas été pratiqué non plus dans l'observation suivante. Cette observation (XLV) est de M. Tuffier. Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années qu'il avait opéré pour un gros kyste de la face inférieure du lobe gauche du foie. « Le contenu de la tumeur était aseptique, dit M. Tuffier, les vésicules étaient claires, la poche germinative sans aucune altération. Je fis la résection de la partie libre du kyste et sa fermeture complète, mon malade sortit de l'hôpital en apparence bien guéri ; il fit sa convalescence à Vincennes. Mais quelques semaines plus tard, il me revenait très amaigri, fébricitant, avec une tumeur au lieu et place de son kyste. Je pensai à une suppuration secondaire ; la poche fut ouverte,

1. Rochard. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 17 janvier 1906, p. 46.

elle contenait du pus et un liquide filant jaunâtre certainement biliaire. Mon malade *cachectique*, comme celui de M. Rochard, eut la même fin ; il succomba quelque temps après[1] », M. Tuffier ajoutait « quand il existe des chances de cholérrhagie, le drainage près de la poche suturée s'impose après résection de sa paroi extra-hépatique. Et si l'on trouve de la bile dans le kyste, le drainage du kyste lui-même me paraît prudent ».

Nous pensons au contraire, nous l'avons déjà dit, que si l'on trouve de la bile dans la poche, on devra après assèchement soigneux de la cavité rechercher la ou les fistules biliaires. Après découverte de celles-ci on cherchera à les suturer et à pratiquer le capitonnage de la poche. En deux circonstances (Obs. XCII et C), M. Pierre Delbet agit ainsi et chaque fois il n'eut qu'à se louer de son procédé. Les malades guérirent parfaitement et sans incident. Si l'on ne parvenait pas à fermer l'orifice biliaire, ou à capitonner la poche, le malade gagnerait encore à être traité par la réduction sans drainage. Mais le chirurgien devrait pratiquer l'expectation armée, se tenir prêt à intervenir dès la menace d'un épanchement. C'est ce qui fut fait dans un autre cas de M. Tuffier (Obs. XLIV). Après avoir évacué le kyste dont le contenu était clair et enlevé la vésicule mère il aperçut une longue traînée jaune sur la face externe et dans son épaisseur. « Je crus, dit-il, cette teinte due à la transsudation de la bile et par conséquent à la présence d'un conduit biliaire à la surface de la membrane adventice. L'essorage du kyste ne montrait aucune trace d'épanchement biliaire. Malgré cela, après avoir suturé la poche, je mis un drain, non pas au contact de la suture, ce qui peut nuire à sa réussite, et ce que je ne fais jamais, mais à une certaine distance, au point déclive, de façon à drainer en cas d'accident. Bien m'en prit, car cette malade eut au quatrième jour un abondant écoulement

1. Tuffier. *Bull. et Mém. Soc. de Chir*, Paris, 17 janvier 1906, p. 49.

de bile par la plaie. Cette cholérrhagie dura une dizaine de jours et tout rentra dans l'ordre[1]. » Ici encore nous ferons remarquer que l'on avait négligé de pratiquer le capitonnage.

Somme toute nous voyons donc que sur 99 opérés de kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage 9 seulement ont présenté ultérieurement un épanchement séreux ou biliaire, soit 9,27 pour 100. Dans 7 de ces cas l'épanchement n'eut d'autre inconvénient que de retarder la guérison à 2 ou 3 mois, encore que dans les observations XLIV et LV nous voyons la guérison se produire respectivement en 15 et 29 jours. Quant aux deux cas de mort, nul ne peut dire qu'ils ne se seraient pas produits après marsupialisation d'emblée comme après marsupialisation secondaire. Il faut remarquer en outre que dans un cas on a laissé la poche se rouvrir d'elle-même et que dans l'autre, en raison de l'absence du malade, la réouverture a été très tardive. Si on avait fait plus précocement la seconde intervention, les malades auraient peut-être guéri.

2° Suppuration. — L'on s'est demandé ce qui arriverait s'il se produisait dans cette poche réduite un épanchement purulent d'emblée ou infecté par de la bile septique, et c'est sur le danger de péritonite qu'on a surtout insisté. La péritonite aiguë pourrait être causée par la rupture secondaire de la poche suturée dans le péritoine libre, par le suintement du liquide intra-kystique à travers les sutures ou simplement par infection de voisinage. Sur les cas de suppuration secondaire de la poche que compte notre statistique (Obs. XLII, VII, XIII, VIII), il n'en est pas un seul où la poche remplie se soit rompue dans le péritoine. On a toujours eu le temps de la rouvrir pour la drainer et la mettre dans la même situation que si elle avait été marsu-

1. Tuffier. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 17 janvier 1906, p. 48.

pialisée. Pas plus que la nôtre, la statistique de Cranwell et Vegas ne renferme de cas de péritonite par rupture de la poche kystique, et les deux seuls cas de péritonite (Obs. CXXXII et CXXXIII) mentionnés par eux, sont d'origine opératoire.

Au surplus cette suppuration de la poche est rare, 5 cas sur 101 malades traités par la suture sans drainage ne constituent pas une moyenne si forte (4,9 p. 100) que tout autre procédé de chirurgie abdominale ne puisse l'envier. Vegas et Cranwell, dans leur statistique personnelle de 1910, s'étendant à 92 kystes traités par ce même procédé comptent 16 insuccès, soit par cholérrhagie, soit par suppuration, car ils ne font pas de distinction. Cela nous donne 17,3 p. 100. Nous sommes encore loin de la moyenne de 28 à 30 p. 100 dont parle M. F. Dévé[1].

Trois des cas de suppuration de notre statistique (Obs. XLII ; Obs. VII ; Obs. XIII) guérirent, après drainage de la poche, comme après marsupialisation en 2 mois ou 2 mois et demi. Dans un cas (Obs. LVII) la guérison se fit attendre plus de 7 mois. Ce cas est intéressant en ce sens qu'il montre, comme ceux de Rochard et de Tuffier, que le danger de rupture dans le péritoine du kyste secondairement rempli est illusoire quand la suture est bien faite. La malade avait été opérée dans le service de M. Quénu le 31 mai 1905 d'un volumineux kyste hydatique du foie par le procédé de réduction sans drainage et était sortie guérie le 21 juin. Le 12 juillet elle rentrait présentant au niveau de l'ancien kyste une volumineuse saillie fluctuante et douloureuse à la pression. *Par erreur, on n'eut pas recours à la ponction*, mais à l'incision large qui évacua environ un litre de liquide louche. Drainage de la cavité. Suppuration ultérieure abondante. La malade sortit le 9 décembre et le 11 janvier suivant il persistait encore une fistule donnant

1. F. Dévé. *Traité chir. mod. des kystes hyd. du foie.* In *Journal de chirurgie*, 1910, 15 mai, p. 472.

accès dans une cavité profonde de 4 à 5 centimètres et d'où s'échappait une assez grande quantité de pus[1].

Ce cas fait contraste avec un autre cas (Obs. XLIII) de M. Quénu, qui traité par des ponctions successives, et non drainé guérit en 2 mois.

La cinquième observation (Obs. VIII) d'épanchement purulent secondaire dans la poche est intéressante à cause de la répercussion qu'eut sur l'état général du malade le drainage de la cavité suppurée. Il s'agissait d'un homme de 24 ans que M. Quénu opéra le 22 mars 1899 d'un énorme kyste du foie. A son entrée à l'hôpital cet homme était oppressé, s'essoufflait facilement ; il toussait et était sujet à la diarrhée. On évacua 5 litres et demi de liquide clair. Après lavage avec une solution très faible de sublimé, puis au sérum on sutura le kyste. Cependant on laissa non suturée une partie de l'incision de la paroi abdominale correspondant à la plaie suturée du kyste. Les suites sont d'abord les plus simples, mais le 4e jour, il suinte un peu de liquide et le 7e ou le 8e on est obligé d'installer un drain. La poche semblait se combler assez rapidement quand le 4 avril se déclarent les signes d'une pleurésie suspecte. Le malade tousse, est manifestement tuberculeux ; il succombe au mois d'août avec tous les signes d'une tuberculose pulmonaire au dernier degré[2] ».

Les suites auraient peut-être été tout à fait différentes si l'on avait pu éviter le drainage. C'est ce qui advint dans un cas de M. Routier (Obs. XLVI). Le malade avait des lésions non douteuses des sommets des deux poumons. Opéré d'un kyste hydatique du foie de 2 litres et demi de liquide, le malade fit les jours suivants de la température, allant jusqu'à 40°. Il n'en guérit pas moins en un mois environ et put partir à la campagne pour soigner sa bacillose pulmonaire.

1. In thèse Cauchoix, 1908, p. 82-83.
2. In thèse Bricet, 1900. Obs. XI, p. 60-61.

C'est surtout dans les cas où en même temps que le kyste hydatique, le malade est porteur d'une affection diathésique qu'il est indiqué de ponctionner les épanchements purulents qui peuvent se produire dans le kyste vidé. Car dans ces cas le drainage, avec l'infection surajoutée inévitable qui l'accompagne, donne un coup de fouet à la diathèse. L'observation LXIV se rapporte à un hyste hydatique du foie chez un spahi, déjà bronchitique et paludéen. La guérison opératoire se fit sans incident. La poche se remplit en 1 mois, mais 4 à 5 ponctions enlevant un liquide citrin, en vinrent à bout. Malheureusement il restait des kystes de l'abdomen et du bassin. On les enleva, et on obtint la guérison opératoire. Mais 10 jours après le malade a un accès palustre et le kyste pelvien suppure. On doit drainer. A partir de cette date, affaiblissement progressif et la mort survient 15 jours après, près de 4 mois après la première intervention. L'autopsie montra une diffusion de kystes de tous âges et de tous volumes non seulement dans le foie qui n'était plus constitué que par une coque mince de tissu hépatique, mais dans le diaphragme, dans les reins. Deux des kystes du foie flétris, affaissés semblaient être l'origine de la dissémination secondaire.

Il est évident que dans ce cas, la purulence du kyste pelvien drainé qu'on eût été tenté d'incriminer avant l'autopsie n'est pas la cause de la mort. Celle-ci doit être attribuée à la maladie hydatique elle-même qui avait assailli et détruit des organes des plus importants de l'économie. Quel qu'eût été le mode d'intervention, et même en l'absence de toute intervention la mort à bref délai était inévitable.

3° Hémorragies. — Les hémorragies intrakystiques après l'évacuation et la suture ont été signalées. On les a accusées de pouvoir déterminer des accidents graves et même menaçants. Nous n'en avons pu relever que 3 cas dans notre statistique, si nous en exceptons l'observation XXXVIII (Marion).

Ici en effet l'hémorragie était due à la blessure d'un vaisseau, par l'aiguille. Au lieu de poursuivre ce capitonnage et de serrer ensuite les fils suivant le précepte de M. Pierre Delbet, ce qui eût mis fin à l'hémorragie actuelle et préservé son malade de l'hémorragie secondaire, M. Marion s'arrêta, puis sutura et réduisit le kyste. Le 8e jour la réouverture de la poche laissa échapper un demi-litre de sang et de bile. Nous avons vu d'autre part que ce malade devait mourir le 22e jour après son opération avec le syndrome d'ictère grave. La substance hépatique bourrée de kystes était manifestement insuffisante, et ne devait pas résister à 3 chloroformisations faites à 14 jours d'intervalle.

Dans les trois autres cas (Obs. LVI, Obs. XCVIII, Obs. CI), les signes d'hémorragie interne atténués, petitesse du pouls, sensation de pesanteur au niveau de la région opérée ou simplement la réapparition de la voussure incitèrent à intervenir toujours en temps utile. Une fois (Obs. CI de M. Pierre Delbet) il suffit de ponctionner, et le malade opéré le 14 février sortait guéri le 15 mars. Dans un deuxième cas (Obs. XCVIII) on dut rouvrir la cicatrice et mettre une mèche, la guérison se produisait en 2 mois, et il s'agissait d'un kyste contenant plus de 3 litres de liquide. Il est intéressant de constater que ces hémorragies intrakystiques se sont précisément produites en ce qui concerne les 2 cas de M. Pierre Delbet dans 2 kystes dont la calcification des parois était une contre-indication de la suture sans drainage. Dans l'observation CI il s'agissait d'un kyste dont la paroi crétacée dans toute son étendue criait sous le doigt explorateur et frottait sur les valves[1]. Dans l'observation XCVIII les parois du kyste étaient également rigides et le kyste de grandes dimensions. Un seul point de capiton avait été posé.

1. La paroi kystique était un morceau de calcaire. La suture n'avait été pratiquée que parce qu'il existait des adhérences pariétales et pour voir ce que deviendrait la paroi. C'était un cas à drainer. Il n'avait d'ailleurs pas été fait de capitonnage.

M. Quénu, dans un cas d'hémorragie très abondante survenu 1 mois après l'opération, mais consécutive à un épanchement biliaire septique dut rouvrir la poche et recourir au tamponnement (Obs. LVI). Le malade pouvait d'ailleurs quitter le service guéri, 3 mois après la première intervention.

c. *Pneumatose*. — Enfin il est une dernière complication à laquelle on fait reproche à la méthode de réduction sans drainage d'exposer le malade. C'est la « pneumatose intrakystique post-opératoire » de MM. Cerné et Dévé. Elle peut se produire immédiatement après l'opération et dans ce cas elle est due à la pénétration et à l'emprisonnement après suture dans le kyste réduit d'une quantité variable d'air atmosphérique. Ou bien, la poche suturée et réduite devient le siège d'une collection septique et au bout de quelques jours ou de plusieurs semaines, on voit des gaz apparaître dans sa cavité. « C'est la pneumatose post-opératoire secondaire, spontanée, qui, elle, est fonction d'infection putride. » (Dévé.) Tantôt la pneumatose est à l'état de pureté, la collection gazeuse ne s'accompagnant d'aucune collection liquide : c'est le pneumokyste pur. Tantôt la pneumatose est associée à un épanchement intrakystique et suivant la nature de ce liquide on a un hydropneumokyste, un cholépneumokyste, un hémopneumokyste ou un pyopneumokyste.

Nous ne contestons pas la possibilité de la pneumatose sous l'une quelconque de ses formes. Elle a été observée à différentes reprises. Cependant sur un total de 101 malades traités par la réduction sans drainage que comprend notre statistique nous ne la relevons que dans 3 cas, dont 2 de MM. Cerné et Dévé et 1 de M. Chavannaz. Elle ne nous paraît donc pas bien fréquente. C'est peut-être, disent MM. Cerné et Dévé, qu'on ne pratique pas assez souvent la radioscopie post-opératoire. Dans 80 p. 100 de ces cas, répondrons-nous, les malades sont sortis guéris sans incident et la guérison s'est maintenue. Dans ces cas la radioscopie était donc inutile. Dans les autres cas, ceux

qui ont présenté des complications, la nature même de ces complications apparaissait si évidente qu'elle permettait de négliger la radioscopie.

Nous ajouterons qu'il est possible d'éviter à coup sûr la formation du pneumokyste pur. Il suffira de mettre toujours en pratique deux règles que M. Pierre Delbet a conseillées : le *capitonnage* de la poche ou, quand celui-ci est impossible, l'expression manuelle de la poche ou l'*aspiration de l'air intrakystique* avant d'achever la suture du kyste. Ainsi aucune trace d'air atmosphérique ne restera emprisonnée dans la poche suturée.

Quant à la pneumatose associée à un épanchement intrakystique, elle n'est pas spéciale à la méthode de réduction sans drainage. Dans une thèse parue en 1912, M. Chaisemartin signale deux observations d'hydropneumokystes, développés dans des poches kystiques drainées. Il dit textuellement :

1re *Observation*[1] : « Après formolage, le kyste est suturé en partie et réduit, avec un drainage supprimé au bout de quelques jours. » Or un examen radioscopique pratiqué le 13e jour après l'opération parce que le malade présentait un suintement séreux à la place du drain permit de constater un épanchement hydro-aérique.

2e *Observation*[2] : « Après désinfection au formol la poche est extirpée ; un drain est placé dans la cavité et le tout refermé par des fils de bronze. » Vingt jours après l'opération, un examen radioscopique est pratiqué parce que la température reste à 38° à 38°5. Il révèle la formation d'une « vaste cavité renfermant une grande quantité de liquide et de gaz ».

M. Dévé lui-même a rapporté une observation de Bataille dans laquelle un kyste marsupialisé ayant cicatrisé, on constata plus d'un mois après la fermeture de la fistule, une zone tym-

1. Chaisemartin. Thèse de Paris, 1912, p. 20.
2. *Ibid.*, p. 32.

panique avec des signes d'infection, c'est-à-dire les symptômes de la pneumatose.

La pneumatose reste donc rare, mais possible dans la réduction sans drainage. Nous conseillons pour le cas où elle se produit, la ponction. Elle a suffi dans les 2 cas de pneumokystes de MM. Cerné et Dévé (Obs. XLVIII, LXXI) qui, après trois ponctions aspiratrices guérissent en 34 et 56 jours. Dans le cas de M. Chavannaz (Obs. LXXII) on n'eut même pas à intervenir.

Cependant, contre la pyopneumatose putride précoce ou tardive nous admettons avec M. Dévé[1] qu'il n'y a qu'un traitement : « c'est la réouverture de la poche sans retard. On le fera suivre de pansements oxygénés destinés à combattre l'infection anaérobie. »

2° Conclusions

Ainsi nous avons terminé la discussion des cas dans lesquels sur un total de 101 malades traités par la suture sans drainage, des complications un peu importantes s'étaient présentées. Elle nous a montré que seuls 2 morts restaient imputables à la méthode, ce qui donne un pourcentage de mortalité de 1,98. D'autres conclusions importantes doivent en être tirées. Elles ont trait à la fois au nombre, à l'époque, à la nature, à l'évolution des cas de réplétion, ainsi qu'aux moyens d'action dont doit disposer le chirurgien en face de ces cas de réplétion de la poche.

a. Nombre des cas de réplétion. — L'épanchement secondaire dans la poche a été constaté 20 fois sur 101 malades traités par suture sans drainage. Soit une proportion de 19,9 p. 100. En réalité, ce pourcentage doit encore être abaissé, car 19 des

1. Dévé. Pneumatose kystique post-opératoire, 1913, p. 10 et in *Archives médico-chirurgicales de Province*, avril 1913.

malades ont été traités pour des kystes multiples. Nous arrivons ainsi au chiffre de 150 kystes auxquels a été appliquée la méthode. Ce n'est donc que dans 13,3 p. 100 des cas que la réplétion s'est produite. Vegas et Cranwell avaient donné une proportion de 17 p. 100. La fréquence générale des réplétions secondaires semble flotter autour de ces proportions 13 à 17 p. 100. Rappelons d'autre part que des kystes de toutes dimensions, depuis ceux ne contenant que 50 à 100 grammes de liquide, jusqu'à ceux renfermant 3 à 5 litres de liquide hydatique ont été suturés sans drainage.

b. Epoque de la réplétion. — Elle est assez variable et c'est ce qui explique le désaccord des différents auteurs sur ce sujet. A. Llobet prétend qu'elle se produit aux environs du 22e jour tandis que Razumowsky croit que sa plus grande fréquence est dans les tout premiers jours. C'est dans le but de parer immédiatement à la réplétion qu'il a proposé la fixation temporaire du kyste suturé à la paroi abdominale. Nous constatons nous-même que sur les 20 cas de réplétion que comporte notre statistique, 9 fois l'épanchement se manifesta dans les premiers jours qui suivent l'intervention ; 5 fois il apparut du 13e au 20e jour, 3 fois le 28e jour. Enfin dans 3 autres cas la réplétion n'apparut que très tardivement : le 42e jour (Obs. LVII) ; le 2e mois (Obs. XXXI) ; au bout de quelques semaines et alors que le malade était parti en convalescence à Vincennes dans un cas de M. Tuffier (Obs. XLV).

Cette époque de la réplétion a pourtant une importance capitale car elle indique la durée de surveillance du malade après son opération. D'une façon générale on peut dire que l'opéré peut être considéré comme définitivement guéri vers le 20e jour après l'intervention. Mais ici encore, aucune règle absolue ne saurait être posée et c'est affaire au clinicien de juger les cas où la surveillance du malade devra être prolongée.

c. Nature du liquide. — C'est le plus souvent du liquide séreux,

séro-biliaire ou biliaire, plus ou moins septique, qui s'épanche dans la poche. Nous l'avons constaté 14 fois sur les 20 épanchements c'est-à-dire dans 70 p. 100 des cas. L'épanchement hémorragique est moins fréquent : 3 fois sur 20 cas soit 15 p. 100. Et la « pneumatose » de M. F. Dévé, encore plus rare, puisqu'on ne l'a constatée véritablement que 2 fois sur les 20 épanchements.

d. Evolution. — 1° *Aucun cas de rupture de la poche dans le péritoine.* — Tel est le premier fait qui frappe à la lecture des 101 observations que nous avons réunies. M. Pierre Delbet avait dit dès le début qu'avec une bonne suture le péritoine était protégé et qu'au cas où la poche se remplirait de liquide on aurait le temps d'intervenir. Les faits ont pleinement donné raison à cette prévision.

2° *Cas d'ouverture spontanée.* — Dans 7 cas sur 20 la cicatrice abdominale a cédé sur un point livrant passage à de la bile ou à un liquide purulent épanché dans la poche. C'est le cas des observations XXXI, XIII, XL, XLII, XLIII, XLIV, XLV. Une fois (Obs. XL, de Rochard), la cholérrhagie abondante, survenue chez un malade affaibli, cachectique, amena un dénouement fatal. Nous avons déjà dit que le résultat eût sans doute été le même si l'on avait drainé d'emblée. Les 6 autres cas évoluèrent vers la guérison définitive, tantôt d'eux-mêmes, sans nouvelle intervention, comme dans les observations XLIV et LV, tantôt après un drainage plus ou moins prolongé comme dans les observations XIII et XLII ou même après de simples ponctions (Obs. XXXI et XLIII). Et dans les 2 cas où l'on dut drainer la guérison fut obtenue comme si l'on avait marsupialisé d'emblée. On ne peut donc dire que même dans ces cas, les malades aient eu à pâtir de la méthode employée.

3° *Cas de ponction.* — Nous venons de dire que dans 2 cas où il s'était d'abord produit une ouverture spontanée de la poche avec cholérrhagie pendant quelques jours (Obs. XXXI et XLIII)

on employa ultérieurement la ponction pour obtenir la guérison définitive. En trois autres cas de réplétion de la poche M. Pierre Delbet (Obs. CI) et M. Cerné de Rouen (Obs. XLVIII et LXXI) pratiquèrent d'emblée la ponction. Souvent une seule ponction, vidant complètement la poche, suffit pour amener la guérison. Mais parfois il est nécessaire de refaire à diverses reprises des ponctions pour lutter contre un épanchement qui se reproduit. M. Quénu dut s'y reprendre à trois fois (7, 15 et 31 juillet 1906) pour tarir un épanchement sans cesse renouvelé et la dernière ponction retira 3 litres 1/2 de pus (Obs. XLIII). M. Cerné intervint également à trois reprises les 14e, 25e et 44e jours après l'opération pour vider par des ponctions une poche dans laquelle des gaz et du liquide biliaire purulent s'étaient épanchés. Mais la guérison fut obtenue en 56 jours et il s'agissait cependant d'un vaste kyste de 4 litres. Avec la marsupialisation on ne pouvait espérer pareil résultat en moins de 3 à 4 mois. Malgré l'épanchement secondaire le malade tire encore un bénéfice important de la suture sans drainage.

4° *Cas de marsupialisation secondaire.* — Enfin dans 8 des cas de réplétion secondaire de la poche suturée on intervint pour pratiquer le drainage. Ce sont les cas dont le résultat est le moins favorable. Deux morts sont à déplorer. Dans une observation de M. Tuffier (Obs. XLV) il s'agissait d'un malade qui, guéri au point de vue opératoire, partait à Vincennes en convalescence. Mais la tumeur se reproduit et quand le malade revint à l'hôpital affaibli, fébricitant, le drainage n'arrêta pas la cachexie et la mort survenait quelque temps après. Une surveillance plus prolongée eût peut-être permis d'éviter le malheur par une intervention plus précoce. L'autre cas de mort se rapporte à une observation de M. Quénu. C'est l'observation VIII. Une énorme poche de plus de 5 litres 1/2 avait été suturée après extraction du contenu et de la vési-

cule mère. Par mesure de précaution un drainage parakystique avait été fait. Un suintement biliaire se produisit au 4e jour et alla en augmentant. On dut faire un drainage complet dès le 8e jour. Le résultat semblait devoir être favorable. Une pleurésie intercurrente survenue à ce moment précipita le dénouement. Le malade mourut 5 mois après, de tuberculose pulmonaire.

Dans ces 2 cas on ne peut incriminer en aucune façon la suture sans drainage. Le résultat n'eût sans doute pas été différent avec la marsupialisation d'emblée.

Les 6 autres cas, drainés après réplétion de la poche guérirent lentement, en 2 à 3 mois, comme après marsupialisation. Ces kystes, tous du volume de 1 litre 1/2 à 3 litres n'auraient pas guéri plus rapidement si le drainage avait été pratiqué d'emblée.

Même lorsque les résultats ont été moins favorables, on peut donc dire que le malade n'a rien perdu du fait de la suture sans drainage.

Que conclure de ces cas de réplétions secondaires ? Dans quels cas peut-on ponctionner ? Dans lesquels doit-on rouvrir et drainer ? Car telle est la conclusion pratique qui doit se dégager de cette revision rapide des complications survenues dans les kystes suturés. Guérison plus rapide et moins aléatoire, intervention plus bénigne, tels sont les avantages de la ponction. On devra donc la pratiquer chaque fois qu'elle ne sera pas contre-indiquée par la purulence du contenu de la poche. Car il est évident qu'en cas de septicité grave de l'épanchement, seuls la réouverture rapide et le drainage doivent être employés. Le plus souvent le mauvais état général du malade, la fièvre, le pouls petit, rapide, permettent de faire promptement le diagnostic de la purulence. Dans les cas douteux, qu'il faut pourtant prévoir, on pourra ponctionner et faire l'étude bactériologique du liquide. Dans tous les cas non suppurés nous croyons qu'il est préférable de ponctionner.

CHAPITRE II

COMPARAISON ENTRE LES DIVERS PROCÉDÉS DE SUTURE SANS DRAINAGE

Il nous reste pour déterminer, si possible, la valeur comparative des divers procédés, à étudier la manière dont se sont comportés les kystes adventices, suivant qu'après suture, ils ont été fixés ou réduits, capitonnés ou non.

Réplétion dans les cas fixés. — Notre statistique comprend 16 cas de kystes fixés à la paroi : 6 fois, c'est-à-dire dans 37,5 p. 100 des cas, il s'est produit un épanchement secondaire.

Réplétion dans les cas réduits. — Au contraire dans les kystes réduits librement dans l'abdomen après suture de l'incision kystique on n'a observé la réplétion que dans 15,2 p. 100 des cas. En effet sur 85 malades auxquels le procédé de Pierre Delbet a été appliqué, 13 seulement ont présenté un épanchement ultérieur. Nous ne croyons donc pas que ce soit un avantage, tout au contraire, que de fixer à la paroi le kyste suturé. L'avantage qu'il est supposé offrir, permettant au chirurgien de retrouver à coup sûr la poche avant la rupture dans le péritoine, est illusoire. Cette rupture n'a jamais été observée et d'autre part, quand il a fallu intervenir pour réplétion, les opérateurs ont toujours pu retrouver facilement la poche que des adhérences avaient, en ce cas, unie à la paroi.

Réplétion dans les cas capitonnés. — Enfin si nous considérons les cas dans lesquels le capitonnage a été pratiqué nous trouvons que pour 30 cas, 3 fois seulement un épanchement a

été constaté. Deux observations de M. A. Broca dans lesquelles une légère cholérrhagie retarda d'un mois la guérison. Une autre de M. Pierre Delbet (Obs. XCVIII) dans laquelle un épanchement séro-sanguin s'était formé dans le kyste 18 jours après l'opération. Nous avons déjà insisté à maintes reprises sur ce fait, que dans le cas en question la suture sans drainage était contre-indiquée par la calcification des parois. D'ailleurs un seul point de capiton avait été placé. En réalité pour 30 cas nous avons donc 28 guérisons per primam, c'est-à-dire dans 93,3 p. 100. L'éloquence de ces chiffres nous paraît suffisante pour que nous n'insistions pas plus longuement sur les avantages que procure ce procédé chaque fois qu'il est indiqué. Nous avons donné par ailleurs ses indications (p. 59 et suiv.). Mais nous affirmerons encore une fois que la réduction sans drainage, après capitonnage, procédé qui a toutes les préférences du professeur Pierre Delbet, est celui qui permet d'obtenir les meilleurs résultats.

Nous avons dit que le grand avantage de la suture sans drainage était la rapidité de la guérison. Dans notre statistique, si nous laissons de côté les 14 cas de M. Auguste Broca sur lesquels nous n'avons pas de renseignements suffisants, il nous reste 87 malades dont les kystes hydatiques du foie furent traités par la suture sans drainage. Sur ce nombre, 48, c'est-à-dire 55,17 p. 100 ont guéri en moins de 3 semaines. En 1 mois c'est 67 sur les 87 malades qui ont guéri, ce qui fait un pourcentage de 77 p. 100. C'est ce même chiffre de 77 p. 100 que MM. Vegas et Cranwell donnent comme pourcentage de guérisons immédiates dans leur statistique personnelle de 1910. Mortalité moindre, et guérison beaucoup plus rapide, tels sont les deux grands avantages de la réduction sans drainage sur la marsupialisation. Enfin il ne faut pas perdre de vue, la perfection de la guérison dont nous avons déjà parlé. Nous conclurons avec M. Pierre Delbet : « Je la considère — la réduction

sans drainage — non point comme une méthode d'exception, mais bien au contraire comme la méthode de choix[1] ».

Influence du formolage. — Nous avons cherché si la formolisation avait pu agir, d'une façon quelconque, soit favorable, soit nuisible, sur l'évolution ultérieure du kyste réduit après suture. 37 fois sur les 87 malades de notre statistique traités pour kystes hydatiques du foie, non compris ceux de M. A. Broca, la solution formolée a été employée au taux et suivant la technique même recommandée par M. F. Dévé. Six de ces malades ont guéri rapidement. Observation LII en 9 jours; observation XXX en 11 jours; observation LXXIII : 15 jours; observation LXIX : 18 jours; observation LIX : 19 jours; observation XXXIV : 20 jours. D'autres ont guéri plus lentement ou ont présenté des incidents ou des complications. Observation LIV, guérison en 36 jours; observation LXVII : 2 mois; observation XLIII en 65 jours après suppuration de la poche nécessitant trois ponctions consécutives; observation XXXIV, guérison lente après cholérrhagie; observation XLVIII, guérison en 56 jours après pneumatose kystique nécessitant des ponctions. Le retard de la guérison dans les observations LIV et LXVII n'a rien à voir avec le formolage. Il n'y eut donc que 3 fois sur 37 cas, un épanchement secondaire, soit 8,1 p. 100, pourcentage meilleur que celui donné par les cas non formolés, puisque celui-ci atteint 30 p. 100. Mais ce formolage a-t-il pour une part quelconque empêché la récidive, en tuant les germes hydatiques et par là même en s'opposant à leur greffe soit dans la plaie, soit dans la cavité péritonéale? Les données de notre statistique non dressée à cet effet ne nous permettent pas de répondre à cette question. Nous pouvons seulement dire que nous n'avons pas plus constaté la récidive hydatique dans les cas non traités par le formolage que dans ceux où le formol fut

1. Pierre Delbet. *Travaux scientifiques*, p. 112 (Paris, 1908. G. Steinheil).

employé. Dans un cas, celui de Sieur (Obs. LXIV), la récidive fut nette, ou plutôt la greffe abdominale évidente et le kyste avait été formolé. Mais d'autre part l'autopsie révéla deux kystes flétris, origine sans doute de dissémination des germes échinococciques.

En tout cas le formol n'a certainement pas d'action fâcheuse sur la poche. Il semble même plutôt en favoriser la rétraction. Il est donc nettement indiqué de l'employer.

QUATRIÈME PARTIE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous donnerons pour terminer quelques détails de technique, que nous empruntons aux leçons et à la pratique du professeur Pierre Delbet.

1° Fixation temporaire du kyste. — Quelle que soit la voie par laquelle on ait abordé le kyste, il faut l'extérioriser autant que possible et le fixer avant de le vider, car sous l'influence de l'évacuation, les rapports topographiques peuvent être profondément modifiés et le point par où le trocart a pénétré peut devenir difficilement accessible.

Dans certains cas, le kyste volumineux s'extériorise pour ainsi dire de lui-même. Il tend à faire saillie dès que l'abdomen est ouvert. C'est alors qu'il faut surtout se défier des modifications de position que ne manquera pas d'entraîner l'évacuation.

Dans d'autres cas, le kyste reste loin de la paroi : il est bon de l'en rapprocher pour bien protéger le péritoine.

Dans l'un et l'autre cas, on emploie les mêmes artifices pour le maintenir.

Si la membrane adventice est épaisse, le mieux est de passer dans son épaisseur deux fils d'appui et de ponctionner entre les deux. Ces fils d'amorçage servent à maintenir le kyste dans la plaie abdominale. Quand l'adventice est mince, cet artifice ne peut être employé. D'une part l'aiguille pourrait pénétrer d'emblée dans le kyste et amener par sa perforation l'issue du

liquide qu'il faut éviter. D'autre part l'adventice insuffisamment résistante pourrait se déchirer si l'évacution du contenu amenait un fort déplacement. Dans ce cas, il vaut mieux ponctionner d'abord et dès que la diminution de tension due à l'évacuation permet un pincement de la paroi la saisir avec des pinces à larges mors peu offensants.

2° Ponction. — Avant de ponctionner, il faut toujours placer bien soigneusement des compresses qui protègent efficacement le péritoine. Dans les kystes en évolution, la tension est toujours considérable et il arrive très fréquemment qu'une certaine quantité de liquide s'écoule autour du trocart. Lorsque l'adventice est mince, cette issue du liquide autour du trocart est presque la règle. Il est donc indispensable de prendre toutes les précautions pour qu'il ne se répande pas dans le péritoine, puisqu'il est bien démontré aujourd'hui que les scolex qu'il contient peuvent se greffer.

3° Formolage. — C'est ici que se place le temps du formolage si l'on juge convenable d'y recourir. Nous avons suffisamment parlé (voy. p. 72) de sa technique pour qu'il soit inutile d'y revenir.

C'est seulement dans les kystes à contenu clair que le formolage est justifié. Quand le liquide est trouble, et nous le répétons encore, ceci n'est pas une contre-indication de la suture, le formolage n'a plus de raison d'être car les parasites sont morts.

4° Évacuation du contenu. — L'évacuation du liquide doit être poussée aussi loin que possible. Elle ne se fait pas toujours bien.

Faut-il laisser le liquide couler sous l'influence de la poussée intra-kystique? Faut-il se servir d'un appareil aspirateur? Faut-il employer le siphon, ce qui est encore une manière d'aspirer?

Il est bon d'avoir tous ces moyens à sa disposition. Surtout il ne faut pas s'imaginer qu'un kyste ne peut être vidé

parce que l'écoulement s'arrête pendant qu'on fait l'aspiration.

Il arrive souvent qu'une vésicule fille, sous l'influence de l'aspiration, vient se coller contre l'orifice du trocart et l'obture. Elle l'obture d'autant plus énergiquement que l'aspiration est plus forte. Bien souvent, il suffit de supprimer l'aspiration et de secouer un peu le trocart pour que l'écoulement reprenne de lui-même.

Il y a cependant des cas où l'évacuation du kyste est impossible. Il en est ainsi tout naturellement dans les kystes qui ne contiennent pour ainsi dire pas de liquide libre et qui sont bourrés de vésicules filles. Dans ces cas, il n'y a rien à faire et le formolage est même impossible.

Nous venons de voir comment les vésicules filles, bien que rares, peuvent empêcher l'évacuation en se collant contre l'orifice du trocart. Sous l'influence de l'aspiration, elles peuvent même s'engager dans sa lumière, si bien qu'il devient impossible de les dégager. C'est pour cela qu'il est certainement préférable de ne faire au début aucune aspiration. Le liquide coule parfaitement sous l'influence de la pression qui est maintenue un certain temps par l'élasticité des organes. Quand l'écoulement s'arrête alors qu'il reste manifestement du liquide, il est bon, avant de renoncer à l'évacuation, de recourir à l'aspiration.

Dans les kystes, même sans vésicules filles, il arrive que l'évacuation reste très incomplète. La membrane germinative peu adhérente se décolle de l'adventice ; elle tombe dans la cavité à mesure que celle-ci se vide, et finit par décoiffer le trocart. C'est un accident analogue à celui qui se produisait parfois à l'époque où l'on faisait fréquemment des ponctions d'hydrocèle. La vaginale se rétractant, l'extrémité du trocart finissait par être située en dehors de la séreuse. Ainsi le trocart reste en dehors de la membrane germinative, entre cette dernière et l'adventice.

Enfin dans les très gros kystes, l'évacuation complète est

impossible parce que le trocart n'est pas assez long pour atteindre les parties déclives.

5° Incision de l'adventice. — On fait cette incision à partir de l'orifice laissé par le trocart en se dirigeant vers les parties les plus minces.

Dans bien des cas, ce n'est pas seulement l'adventice proprement dite, c'est à-dire la zone sclérosée que l'on trouve, il faut traverser une zone de tissu hépatique peu ou pas altéré. La surface de section peut saigner alors assez notablement. S'il n'y a pas de jet indiquant qu'une artériolle a été ouverte, il n'y a pas besoin de perdre son temps à faire l'hémostase de la tranche. Il vaut mieux la recouvrir de compresses qui font l'hémostase provisoire et que l'on peut maintenir par des pinces. La suture ultérieure suffira à amener l'hémostase définitive.

L'incision de l'adventice doit être assez étendue pour permettre l'inspection de la cavité kystique. Dans les kystes inférieurs ce résultat est facilement atteint. Il n'en est pas de même dans les kystes supérieurs. Nous avons déjà vu que les kystes antéro-supérieurs sont parfois difficiles à atteindre. Quant aux kystes postéro-supérieurs, ils le sont toujours puisqu'il faut passer à travers la plèvre et le diaphragme.

6° Extraction de la membrane germinative. — Cette membrane est très fragile : les pinces l'écrasent, les tractions la déchirent. Elle est en outre très glissante ; avec les mains gantées de caoutchouc, il est difficile de la saisir ; elle s'échappe des doigts.

Si l'évacuation a été bonne, quand on incise l'adventice, on trouve habituellement la membrane germinative flottant dans la cavité. En tout cas, elle est toujours facile à détacher ; elle ne présente aucune adhérence avec l'adventice.

Quand le kyste est bourré de vésicules filles, et que l'évacuation a été insignifiante ou nulle, on incise la membrane germi-

native en même temps que l'adventice, et on fait seulement alors la vidange des vésicules filles ; il faut la faire complète.

Quand les hydatides sont mortes et que le liquide est trouble, la membrane germinative semble avoir une fragilité particulière.

Dans les kystes de petite taille, l'extraction de la vésicule mère ne présente aucune difficulté.

Il n'en est pas de même quand les kystes sont volumineux et en France on opère surtout des kystes volumineux.

On doit s'efforcer de l'enlever en totalité d'une seule pièce et pour cela il faut qu'elle soit bien vidée. Si elle contient encore une quantité notable de liquide, le poids de ce dernier suffit à la rompre. Il faut donc commencer par la vider, si l'évacuation par le trocart a été incomplète, ce qui est la règle dans les gros kystes, le mieux est de l'achever avec des compresses.

L'évacuation complétée, le premier temps consiste à amener dans l'incision une partie de la membrane germinative. Cette dernière, surtout quand on a été obligé de se servir de compresses pour faire l'asséchement, est refoulée dans le fond de la poche. On peut la saisir avec des pinces longues à mors souples du genre de celles qui servent à faire la coprostase pour les opérations intestinales. En serrant mollement et en tirant doucement, on réussit dans un grand nombre de cas à attirer la vésicule.

Si elle se déchire, il ne reste qu'à introduire une compresse montée sur une pince et à chercher à entraîner la membrane germinative en ramonant doucement l'adventice.

Une partie de la membrane étant amenée au dehors, il faut la saisir avec des compresses et l'attirer progressivement en faisant des prises successives. Avec des précautions, on réussit dans la majorité des cas à l'enlever d'une seule pièce.

7° Examen et nettoyage de la cavité. — Après l'extraction de la membrane germinative, il reste souvent dans la poche

adventice un peu de liquide ou même quelques petites vésicules filles. Il faut absolument les enlever. Le nettoyage et l'asséchement doivent être complets.

On procède alors à l'examen de la cavité. On l'examine au point de vue de la souplesse et de la rigidité. Nous avons déjà dit que lorsqu'elle présente des calcifications étendues, il vaut mieux faire le drainage d'emblée.

En examinant l'intérieur de la poche nettoyée, certains chirurgiens ont pu voir un second kyste saillant dans la cavité du premier. C'est ce qui est arrivé à Bouglé (Obs. XII). Après évacuation du 1er kyste et extraction de la vésicule mère, le deuxième kyste apparut dans le fond du premier. Séance tenante, il fut incisé, ponctionné, évacué. Les deux poches furent réunies en une seule qu'on capitonna et réduisit sans drainage. La guérison fut obtenue en 3 semaines. De même Dujarier (Obs. LXIII) dans un cas de kystes multiples put, après évacuation d'un premier kyste, en apercevoir un deuxième saillant dans le fond de la poche. Il le traita comme le premier et sutura le tout sans drainage. Le malade guérissait encore en 3 semaines.

Quand on rencontre cette disposition, il ne reste évidemment qu'à ouvrir le second kyste au point saillant et à le traiter comme le premier. La possibilité de découvrir un second kyste, qui avec la marsupialisation aurait certainement échappé, est un des avantages de la suture sans drainage.

On peut trouver sur la membrane adventice d'autres dispositions dignes de fixer l'attention.

Parfois on voit en un point suinter de la bile. Un canalicule biliaire était rompu dans le kyste ou bien il s'est rompu au moment de la décompression.

Comment faut-il se comporter dans ce cas? La plupart des auteurs considèrent l'existence de la cholérrhagie intra-kystique comme une contre-indication à la suture. Nous avons déjà dit que le professeur Delbet n'est pas de cet avis. Dans un cas

qui remonte à 1896 (Obs. XCII), il ferma une fistule biliaire qui s'ouvrait sur la face interne de la membrane adventice ; il la ferma en la prenant dans un point de capiton. Le malade a parfaitement guéri sans présenter aucun accident.

Les avantages de la suture sans drainage sont trop considérables pour qu'on ne fasse pas tout le possible pour en faire bénéficier les malades. Nous pensons donc que si la fistule est ouverte, il faut la fermer soit par un point de suture spécial, soit en la prenant dans un point de capiton.

Parfois on voit sur la face interne de l'adventice des traînées jaunâtres. Elles sont dues à la présence de canalicules biliaires qui ne sont plus séparés de la cavité que par une très mince couche de tissus. Avec la marsupialisation, ces canalicules biliaires sont probablement destinés à s'ouvrir par suite de l'exfoliation qu'entraîne l'infection secondaire. Avec la suture sans drainage, il n'en va pas de même. Si les parois des canalicules ne se sont pas rompues au moment de la décompression, elles peuvent très bien résister ensuite. Cependant il semble qu'un épanchement secondaire intra-kystique se soit produit assez souvent dans les cas où l'on avait constaté des traînées jaunâtres. Aussi pensons-nous qu'il serait bon de prendre les régions où existent ces traînées dans des points de capiton. Si elles ne sont pas accessibles et qu'on ne puisse capitonner à leur niveau, faut-il renoncer pour ce seul fait à la suture et faire la marsupialisation ? Nous ne le pensons pas. La suture peut encore donner un résultat parfait. Si le résultat idéal n'est pas obtenu, s'il se fait un épanchement dans la poche, la guérison, nous l'avons vu, peut être obtenue par de simples ponctions, si bien que le malade bénéficie encore de la suture.

8° Capitonnage. — Nous avons déjà indiqué (voy. p. 59) comment le professeur Delbet procède au capitonnage, et quelles précautions il recommande.

Le capitonnage a pour but de réduire la cavité qui constitue un espace mort et de rapprocher les parois.

Il est rare que l'on réussisse à supprimer complètement la cavité et à affronter réellement les parois de telle sorte qu'elles puissent contracter dans toute leur étendue des adhérences immédiates et directes. M. Delbet n'y a réussi qu'une fois.

Habituellement, l'affrontement n'est réalisé qu'en un certain nombre de points. La cavité est très notablement diminuée, réduite à une fente, rendue presque virtuelle, mais elle n'est pas supprimée.

Enfin, il y a des cas où le capitonnage est impraticable. Sur 11 cas opérés par M. Delbet, il a été pratiqué 7 fois. Dans les autres cas, il était irréalisable.

Le capitonnage a été très discuté. Il a été employé par Nélaton, Bouglé, Gérard-Marchient, Quénu, Rochard, A. Broca, Tixier, Lenormand, Cerné, etc. Mais en dehors du professeur Auguste Broca, il semble qu'aucun chirurgien ne l'ait systématiquement adopté.

Nous avons donc à chercher : 1° s'il a des inconvénients ; 2° s'il a des avantages.

Un premier avantage est qu'il est possible, et le fait est arrivé à Bouglé, qu'en cherchant à poser un point de capiton, l'aiguille ouvre un second kyste situé derrière le premier et qui sans cela risquait de passer inaperçu. Nous n'insistons pas sur ce point.

Ce qu'on a reproché au capitonnage, c'est d'exposer à la blessure des canaux biliaires ou des vaisseaux sanguins.

Nous avons pu étudier 30 observations de capitonnage. Dans aucun cas la blessure de canaux biliaires entraînant une cholérrhagie n'est signalée. Ce danger est donc illusoire, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Il n'en est pas de même de la blessure de vaisseaux sanguins. M. Marion l'a observée : il en a fait état, et a même attribué la mort d'un malade à l'hémorrhagie qui en est résultée.

Mais il faut voir comment M. Marion s'est comporté dans ce cas. Nous le rappelons encore une fois. Ayant constaté que du sang s'écoulait par la piqûre de l'adventice, il n'a pas placé le point de capiton et il a cependant suturé la poche. Cette conduite ne nous semble pas la meilleure. Si la paroi adventice saignait, il fallait ou bien marsupialiser le kyste et le tamponner, ou bien arrêter l'hémorrhagie.

Hâtons-nous de dire que c'est à ce dernier parti que M. Delbet a toujours recouru dans les cas de ce genre, et que l'hémostase s'obtient très facilement.

Il n'est pas rare qu'un écoulement de sang se produise quand on passe l'aiguille dans la paroi adventice. Mais si l'on a bien suivi la technique recommandée par M. Delbet, si l'on a bien pris soin de faire cheminer l'aiguille longuement mais non profondément dans la membrane fibreuse, cet écoulement sanguin n'a rien de menaçant, et, voilà le fait capital, toujours il s'est arrêté aussitôt que le point de capiton a été noué et serré.

Ainsi on n'a point signalé un seul cas, où le capitonnage bien fait et mené jusqu'au bout ait eu un inconvénient.

Ses avantages théoriques, les raisons qui ont conduit M. Delbet à capitonner sont faciles à comprendre. Il se trouvait en présence d'un énorme kyste hydatique du foie qui avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Il lui sembla que cette vaste poche abandonnée à elle-même avait bien des chances de se remplir secondairement par transsudation. Pour éviter cet inconvénient, il chercha à affronter les deux parois opposées de manière à en obtenir l'accolement définitif par une véritable réunion par première intention.

Nous avons dit que cet idéal, l'affrontement total avec suppression de toute cavité est rarement réalisable. Mais l'affrontement partiel l'est souvent.

Quand par quelques capitons la cavité est réduite à une fente,

les parois opposées sont à peu près au contact, elles peuvent contracter des adhérences immédiates, et le résultat est presque le même que si l'affrontement était parfait.

Souvent persistent entre les points de capiton de petites poches. La topographie du kyste rend les manœuvres difficiles ou bien la disposition est telle qu'il est impossible d'affronter les parois dans toute leur étendue.

Nous estimons que même dans ces cas imparfaits, le capitonnage a des avantages. L'étude de cette question nous conduit à parler du mode de guérison des poches suturées. C'est un point qui est d'ailleurs mal connu.

La membrane adventice est surtout fibreuse. Par l'ablation de la membrane germinative, elle est en quelque sorte avivée. Elle est donc dans de bonnes conditions pour fournir le travail d'une réunion per primam. Lorsque l'affrontement est parfait, et que l'asepsie est stricte, il ne nous semble pas douteux que cette réunion se produise.

Mais que se passe-t-il lorsque l'affrontement n'est pas réalisé ? La membrane ne secrète rien dans le sens physiologique du terme ; elle n'a pas d'organe de sécrétion. Nous supposons naturellement qu'il n'y a pas de communication avec les voies biliaires. Mais si elle ne sécrète rien, elle peut être comme toute plaie le siège d'une certaine transsudation.

L'observation attentive des faits de marsupialisation montre et le professeur Delbet a insisté sur ce point, que dans les premières 24 heures la transsudation est peu abondante. Elle n'est cependant pas nulle.

Il nous semble singulièrement probable que dans les kystes suturés et non capitonnés, il y a toujours dans la poche une certaine transsudation, qui se résorbe ultérieurement. Cette opinion a été soutenue par M. Quénu et elle nous semble exacte. Dans les cas heureux, cet épanchement est peu abondant et ne trouble pas la guérison. Mais dans certains cas, il le

devient davantage, la tumeur reprend secondairement un volume voisin de celui qu'elle avait avant. On a bien alors la ressource de ponctionner et le malade bénéficie encore comme l'a montré le professeur Quénu des avantages de la suture ; mais le but idéal que l'on se proposait d'atteindre n'en est pas moins manqué.

Avec le capitonnage même imparfait, en réduisant la cavité, on limite l'épanchement, on réduit le nombre de ces cas qui sont en somme des échecs partiels de la méthode.

Les faits sont-ils d'accord avec ces considérations un peu théoriques ? Examinons notre statistique. Elle comporte pour 101 observations, 30 capitonnages ; 3 fois seulement il s'est produit une réplétion de la poche. Plus exactement, dans 2 cas de M. A. Broca il y a eu une petite cholérrhagie externe qui a retardé d'un mois la guérison et dans un cas de M. Pierre Delbet (Obs. XCVIII) on pratiqua à tort le capitonnage et la suture sans drainage pour un kyste à parois calcifiées. Ce cas est donc à éliminer. Il reste alors que pour 30 observations, comportant 40 kystes, 2 fois il y eut réplétion, 93,3 p. 100 guérirent per primam. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

9° Aspiration. — Nous n'avons pas parlé à propos du capitonnage de la réplétion par l'air, de la pneumatose primitive. Elle est certainement un obstacle absolu à la réunion des parois opposées de la cavité et un obstacle partiel à sa rétraction. Le capitonnage la supprime ou la diminue. Mais quand le capitonnage est impossible, il n'est pas sans inconvénient de laisser la poche remplie d'air. C'est là ce que le professeur Delbet évite en faisant l'aspiration.

Voici comment il procède. Lorsque la suture de la membrane adventice est sur le point d'être terminée, il laisse un petit orifice. Puis il passe deux fils se croisant à angle aigu de telle façon que serrés, ils ferment hermétiquement l'orifice. Ces 2 fils sont laissés lâches et on passe entre eux au travers de

l'orifice un tube d'aspirateur qui pénètre dans la poche adventice. Les fils étant noués et maintenus serrés de manière que les parois de l'orifice soient accolées au tube d'une manière étanche, on pratique l'aspiration.

Jusqu'où faut-il la pousser? Dans certains cas, nous l'avons déjà dit, on voit nettement, à mesure que l'on aspire, la poche s'affaisser et les organes reprendre leur place. On cesse l'aspiration lorsque tout paraît être rentré dans l'ordre topographique. Les choses ne sont pas toujours aussi nettes; alors on pousse l'aspiration jusqu'à ce que le tube s'aplatisse sous l'influence de la pression atmosphérique, à moins qu'il ne survienne quelque incident. Parfois en effet, arrivent dans l'aspirateur quelques gouttes de liquide rosé. Jamais il n'est venu de sang pur. Ce liquide rosé ne s'est présenté qu'une fois. Il va sans dire que dès que ce phénomène se produit, il faut cesser l'aspiration. Pendant qu'on achève de serrer les nœuds des fils, on enlève brusquement le tube. Bien évidemment, l'aspiration n'est qu'un pis-aller. Le capitonnage nous paraît de beaucoup préférable.

Quand le capitonnage est impossible, l'aspiration a-t-elle des avantages? Théoriquement, en évacuant l'air, elle permet à la pression abdominale de ramener, au moins par places, les parois opposées de l'adventice au contact, elle les met dans des conditions où elles peuvent adhérer immédiatement l'une à l'autre.

Ce résultat est-il obtenu? Il est difficile de le savoir.

M. Delbet a pratiqué 5 fois l'aspiration. Dans 3 de ces cas le résultat fut excellent et la guérison obtenue per primam en 15, 20 et 22 jours. Dans 2 autres cas la guérison fut plus lente. Mais dans l'un d'eux (Obs. XCVIII), il s'agissait d'un kyste à parois très rigides qu'on n'avait pu amener au contact. Un épanchement se produisit et on dut instituer un drainage secondaire. La guérison survint alors au bout de 2 mois. L'autre observation (Obs. XCVII) se rapporte à un cas de

récidive. La malade qui avait déjà été opérée 3 fois pour kyste hydatique du foie, fit des accidents d'intoxication hydatique, puis la poche s'ouvrit et une fistulette s'établit. Elle guérit en 2 mois.

10° Suture de la membrane adventice. — La suture de la membrane adventice doit être étanche, l'occlusion doit être hermétique.

Il y a plusieurs manières de la réaliser.

Lorsque la tranche de section est épaisse, un bon surjet suffit à produire un affrontement parfait et une occlusion hermétique.

Il n'en va pas de même lorsqu'elle est mince : la surface d'affrontement ne serait pas assez considérable pour assurer l'étanchéité. Dans ces cas, le mieux est de faire une suture à la manière de Lembert, comme on fait la suture séro-séreuse pour les affrontements intestinaux.

Mais il y a des cas intermédiaires où la section de l'adventice n'est pas assez mince pour permettre en s'infléchissant une suture de Lembert et où cependant elle n'est pas assez épaisse pour qu'un surjet simple assure l'étanchéité. Le mieux est alors de faire 2 plans de suture, d'abord un surjet simple sur la tranche, puis par-dessus, une suture d'appui, qui, bien qu'imparfaite, complète l'occlusion.

Ici se pose la question de la résection d'une certaine étendue de la membrane adventice. Lorsque celle-ci est très mince, on est en quelque sorte entraîné à la faire. On y est même parfois obligé ; ainsi lorsque les pinces l'ont effritée ou déchirée. Dans ce cas on ne pourrait faire une bonne suture, sans procéder d'abord à une résection, qui se fait à coups de ciseaux.

Nous laissons de côté les cas de ce genre. La question est de savoir si d'une manière générale la résection partielle est désirable, si elle a des avantages. M. Delbet qui s'est occupé de cette question à diverses reprises y a toujours répondu par la

négative. Et en effet, lorsqu'il ne se produit pas de réplétion de la poche, nous voulons dire de réplétion appréciable, la membrane adventice adhère ou se rétracte avec une extrême rapidité.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la résection rend la suture plus difficile. Les parois s'affrontent moins aisément et moins bien.

Nous n'admettons donc la résection que dans deux cas : 1° lorsque la paroi est si mince qu'elle ne permettrait pas de faire des points de Lembert non perforants, 2° lorsqu'elle a été dilacérée ou déchirée par les pinces. Et nous concluons que hormis ces cas, il vaut mieux ne pas faire de résection.

11° Suture de la paroi. — La membrane adventice suturée, il ne reste plus qu'à réduire le tout dans l'abdomen et à suturer la paroi. Cette suture de la paroi ne présente rien de particulier.

Quant aux différents procédés qui ont pour but de fixer la poche adventice à la paroi, nous n'en parlerons pas ici puisque nous ne considérons pas cette fixation comme la méthode de choix. Nous avons d'ailleurs suffisamment parlé de la technique de A. Llobet, Varsi, Razumowsky, de M. Quénu, au chapitre qui traite de la fixation du kyste à la paroi, page 66 et suivantes.

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

1° Observations résumées, recueillies dans les différentes revues médicales françaises

Obs. I. — Nélaton, in *thèse Baraduc*, 1898, obs. XXVI, p. 98.

Homme de 18 ans. — Kyste hydatique du foie. Laparotomie. Ponction : 1 litre de liquide environ. Incision du kyste et extraction de la vésicule mère. Capitonnage à l'aide de 7 ou 8 points de catgut. Fermeture en bourse de l'ouverture du kyste. Réduction sans drainage. Opération le 22 février. Guérison le 14 mars 1897.

Obs. II. — Chaput, in *thèse Baraduc*, 1898, obs. XII, p. 82.

Homme de 57 ans. Kystes multiples du foie. Laparotomie 29 septembre 1894. Ponction d'un premier kyste du volume d'une petite orange, 100 grammes liquide clair. Ponction d'un deuxième kyste : 2 litres liquide clair. Impossible ensuite de retrouver cette poche. Suture du 1er kyste après l'avoir vidé. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Malade sort guéri le 12 octobre.

Obs. III. — T. Jonnesco. *Soc. de chirurgie*, 27 décembre 1899.

Homme, 27 ans. — Kyste hydatique de la face inférieure du foie, du volume d'une tête d'enfant. Laparotomie. Ponction du kyste. Liquide eau de roche. Extraction de la vésicule mère. Suture en deux étages de la plaie kystique. Réduction sans drainage. Opération le 26 mai 1898. Guérison le 18 juin.

Obs. IV. — T. Jonnesco. *Soc. de Chir.*, 27 décembre 1899.

Homme, 28 ans. — Kyste hydatique face inférieure du foie, volume du poing. Laparotomie 27 juin 1898. Incision du kyste ; liquide eau de roche. Extraction vésicule mère. Suture et réduction sans drainage ni capitonnage. Guérison 17 juillet.

Obs. V. — T. Jonnesco. *Soc. de Chir.*, 27 décembre 1899.

Femme, 40 ans. Deux kystes hydatiques du foie, un sur la face inférieure lobe gauche, volume d'une tête d'adulte, l'autre sur la face convexe lobe droit, dimension d'une pomme. Laparotomie 12 décembre 1898. Incision du kyste du lobe gauche, liquide eau de roche. Extraction de la vésicule mère. Asséchement à la gaze stérilisée, suture de la poche à deux étages. Réduction.

Incision, évacuation et suture de la deuxième poche en traversant une couche de tissu hépatique de 4 millimètres. Guérison le 4 janvier 1899, en 25 jours.

Obs. VI. — T. Jonnesco, *Soc. de Chir.*, 27 déc. 1899.

Homme, 43 ans. Kyste hydatique volumineux de la face inférieure du foie. Laparotomie 4 juin 1899. Incision d'un kyste du volume d'une tête d'adulte : liquide eau de roche, beaucoup de vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Suture à deux étages. Réduction sans drainage. Guérison le 4 juillet, en 30 jours.

Obs. VII. — Quénu. *Soc. de Chir.*, 10 janvier 1900.

Homme, 29 ans. — Kyste hydatique du foie. Laparotomie 3 mars 1899. Ponction 3 litres 100, d'un liquide un peu citrin. Incision du kyste. Extraction de la vésicule mère. Lavage de la poche au sérum stérilisé à l'autoclave. Suture de l'incision et fixation à la paroi abdominale. Le lendemain température 39°5. Le surlendemain on fait sauter les sutures ; liquide louche et septique. Drainage. Pendant 15 jours la température reste au-dessus de la normale. 1er avril suppression du drain. Guérison.

Obs. VIII. — Quénu. *Soc. de Chir.*, 10 janvier 1900.

Homme, 23 ans. — *Enorme kyste du foie.* Cet homme entre à l'hôpital Cochin, très oppressé, facilement essoufflé, toussant, sujet à la diarrhée. Laparotomie, 22 mars 1899. Ponction : 5 litres 1/2 liquide clair. Extraction d'un vésicule mère très friable. Lavage avec une solution faible de sublimé puis au sérum. Suture de la poche, mais large drainage de la partie supérieure de la paroi abdominale. Au 4e jour léger suintement de liquide. Le 7e jour drainage. La poche se comblait rapidement quand le 4 avril on constate des signes d'une pleurésie suspecte. Toux et signes de tuberculose manifeste. Mort en août avec des signes de tuberculose au dernier degré.

Obs. IX. — Quénu. *Soc. de Chir.*, 10 janvier 1900.

Femme, 43 ans. — *Kystes multiples du foie.* Laparotomie 13 avril 1899. Une dizaine de kystes de 150 à 200 grammes hérissent la surface du foie. Trois sont traités par le capitonnage et la suture. Les autres sont incisés et

drainés. Guérison rapide, sans incident des premiers. Guérison lente des autres.

Obs. X. — Quénu, *Soc. de Chir.*, 10 janvier 1900.

Femme 42 à 45 ans. — *Kyste hydatique du foie et péritonite tuberculeuse*. Laparotomie novembre 1899. Suture du kyste après capitonnage. Lavage du ventre au sérum artificiel. Petite désunion tardive de la partie supérieure de la plaie due à la tuberculisation. Guérison.

Obs. XI. — Gérard-Marchant. *Soc. de Chir.*, 10 janvier 1900.

Femme 46 ans. — *Kyste hydatique du lobe gauche du foie, face inférieure*. (Déjà opérée 11 ans auparavant d'un kyste hydatique du foie par Gérard-Marchant et Quénu). Laparotomie 10 octobre 1899. Ponction : 2 litres liquide. Curettage. Capitonnage. Suture et réduction sans drainage. Drainage de la paroi abdominale. Guérison en moins de trois semaines.

Obs. XII. — Bouglé. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1900.

Homme 14 ans. — *Kystes multiples du foie*. Laparatomie 3 septembre 1898. Premier kyste. Ponction : 150 grammes liquide eau de roche. Incision de la poche. Extraction de la vésicule mère. Capitonnage. Incision de la cloison hépatique séparant ce kyste d'un deuxième kyste volumineux du lobe gauche. Evacuation de liquide stérile. Extraction de la vésicule mère. Réunion des deux poches en une seule. Capitonnage de la poche unique. Suture du foie. Réduction sans drainage. L'opération a duré 1 heure un quart. 6e jour : le soir, température 38,1 ; 7e jour : 38°3. Un peu de rougeur de la plaie abdominale qui se désunit. Plans profonds intacts. Guérison en 3 semaines. Revu guéri 2 mois après.

Obs. XIII. — Monod. *Soc. de Chir.*, 21 février 1900.

Homme. — *Kyste hydatique du foie*. (Antérieurement opéré par Monod d'un volumineux kyste hydatique du foie, marsupialisation, guérison en 8 mois.) Laparotomie 12 juin 1899. Ponction 750 grammes liquide clair. Extraction vésicule mère. Suture par un surjet au catgut. Réduction sans drainage. 3e jour un peu de température : 38°2, nuit agitée. Un des crins abdominaux se rompt, il sort une petite masse épiploïque. On la résèque, 14e jour, ablation des fils, 10 juillet. Rupture spontanée de la cicatrice. Pus et 2 vésicules filles. Drainage. Guérison le 1er septembre en 79 jours. Revu guéri en octobre.

Obs. XIV. — Ed. Schwartz. *Soc. de Chir.*, 21 février 1900.

Femme 50 ans. — *Kyste hydatique du lobe droit*. Laparotomie. Ponction 750 grammes liquide clair. Incision du kyste. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Guérison parfaite sans incident.

Obs. XV. — Routier. *Soc. de Chir.*, 6 juin 1900.

Femme 39 ans. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie 17 mai 1900. Kyste adhérent à la paroi. Péritonite concomitante. Incision. Grosse vésicule fille et liquide clair. Extraction de la vésicule mère. Suture par un surjet au catgut. Réduction sans drainage. Congestion pulmonaire intercurrente causant de la température. Fils enlevé le 11e jour. Guérison en 20 jours.

Obs. XVI. — Guinard. *Soc. de Chir.*, 31 octobre 1900.

Homme 48 ans. — *Double kyste hydatique du foie.* Laparotomie 10 octobre 1900. Ponction du premier kyste : 500 grammes liquide clair. Incision du kyste. Extirpation de la vésicule mère. Ponction d'un deuxième kyste bombant dans le fond du premier. 600 grammes liquide clair. Incision de la cloison hépatique : grosse hémorragie veineuse de sang noir bouillonnant. Extraction de la vésicule mère. Fermeture par un surjet d'abord de la poche profonde, puis de la poche antérieure. Réduction sans drainage. Guérison parfaite. Les jours suivants, matité indiquant la formation probable d'un hématôme. Résorption spontanée.

L'opéré était un bronchitique chronique, emphysémateux, avec mauvais état général qui n'aurait sans doute pu supporter la marsupialisation.

Obs. XVII. — Quénu, in *thèse Bricet*, 1900, obs. XIII, p. 62.

Femme 48 ans. — *Kyste hydatique du foie adhérent à la vésicule biliaire.* Laparotomie le 29 janvier 1900. Ponction blanche. Ouverture du kyste : magma gélatiniforme avec nombreuses hydatides. Curettage. Extraction vésicule mère. Excision des bords de la paroi kystique. Suture en U de la poche. Réduction avec fixation par un point à la paroi abdominale. Fils enlevés le 11e jour. Le 12e jour élévation de température. Le 16e jour : temps 39° le soir. Le 17e réouverture de la poche et drainage. Le 7 juillet malade sort guéri. Dix jours après réouverture spontanée de la cicatrice. Guérison vers le 17 octobre. L'examen histologique de la paroi du kyste a montré une dégénérescence graisseuse et une incrustation calcaire de presque toute l'étendue de la poche.

Obs. XVIII. — Hartmann, in *thèse Bricet*, obs. XIV, p. 63.

Femme 30 ans. — *Kyste hydatique, face inférieure du foie.* Laparotomie 6 mars 1899. Ponction : quelques gouttes liquide clair. Kyste adhérent au côlon et à l'épiploon. On décolle les adhérences. Incision du kyste : nombreuses vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Résection des bords dépassant le foie. Suture et réduction sans drainage de la poche. Drain péritonéal. Guérison le 5 avril.

Obs. XIX. — Rochard. *in thèse Bricet*, obs. XXX, p. 87.

Femme 22 ans. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie le 1er août 1900. Ponction : liquide un peu louche avec nombreuses vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Assèchement à la compresse stérilisée de la poche anfractueuse. Capitonnage avec deux anses de catgut. Résection de tout ce qui est possible de la poche. Suture et réduction sans drainage de la poche. Drain péritonéal à la partie supérieure de la poche, pendant 3 jours. Guérison le 21 août.

Obs. XX. — Pluyette. *Marseille Méd.*, 9 février 1901.

Homme. — *Kyste hydatique du foie* opéré par la méthode de M. Pierre Delbet avec capitonnage de la poche. Guérison en 10 jours.

Obs. XXI. — E. Schwartz. *Soc. de Chir.*, 8 mars 1901.

Homme 25 ans. — *Kystes multiples.* Laparotomie 25 mars 1901. Premier kyste ; lobe droit du foie. Incision, évacuation de vésicules filles, extraction de la vésicule mère. Suture à la Lembert et réduction sans drainage ; 2e kyste : lobe gauche du foie. Ponction : quelques gouttes liquide clair. Incision : vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Suture à la Lembert, réduction sans drainage. Trois autres kystes du foie sont énucléés. Guérison le 29 avril 1901 en 25 jours.

Obs. XXIII. — Poirier. *Soc. de Chir.*, 22 mai 1901.

Femme. — *Gros kyste hydatique de la face convexe du foie* remplissant la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Laparotomie. Libération de quelques adhérences unissant le foie à la paroi abdominale. Ponction et aspiration : 4 litres de liquide. Incision à travers 5 millimètres de tissu hépatique. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Drainage péritonéal pendant 48 heures, à cause du suintement sanguin dû aux adhérences libérées. Fils enlevés le 8e jour. Présentée guérie à la Soc. de Chirurgie le 20e jour.

Obs. XXIV. — Monod. *Soc. de Chir.*, 27 novembre 1901.

Femme 27 ans. — *Kystes multiples de la face convexe du foie.* Laparotomie. Ponction, incision des kystes et extraction de la vésicule mère. Puis réduction sans drainage. Guérison sans incident. Pour atteindre la tumeur la plus élevée il fallut faire une résection du rebord thoracique. Présentée guérie le 27 novembre à la Société de Chirurgie.

Obs. XXV. — J.-L. Faure. *Soc. de Chir.*, 31 juillet 1901.

Homme. — *Kyste hydatique du foie.* Traité et guéri par la méthode de M. Pierre Delbet. Présenté guéri à la Soc. de Chirurgie le 31 juillet 1901.

Obs. XXVI. — Gérard-Marchant. *Gaz. des Hôp.*, 12 septembre 1901.

Homme 15 ans. — *Kyste de la face convexe du foie.* Laparotomie. Ponction : liquide clair puis mélangé de bile. 1.720 centimètres cubes en tout. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. 48 heures après, urticaire. Le 7e jour ablation des fils. Guéri en 3 semaines.

Obs. XXVII. — Gérard-Marchant. *Gaz. des Hôp.*, 12 septembre 1901.

Homme 52 ans. — *Kyste de la face convexe du foie.* Laparotomie. Ponction 7 à 800 centimètres cubes de liquide légèrement trouble sans vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Guérison en 20 jours.

Obs. XXVIII. — Lejars. *Soc. de Chir.*, 4 juin 1902.

Homme. — *Kyste hydatique de la face inférieure du foie, lobe droit,* de volume moyen. Laparotomie. Ponction : liquide clair. Incision du kyste. Extraction de la vésicule mère. Résection d'un segment de l'adventice. Réduction après suture sans capitonnage, par deux surjets : l'un perforant, l'autre à la Lembert. Le 3e jour accidents de collapsus. Guérison le 21e jour.

Obs. XXIX. — Maynard et Reygasse. *Languedoc méd.-chir.*, 1903, p. 94.

Homme 22 ans. — *Gros kyste intra-hépatique de la face convexe du lobe droit* et ayant détruit presque complètement ce lobe. Laparotomie 3 juillet 1902. Ponction : liquide clair. Incision à travers le tissu hépatique. Nombreuses vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Lavage de la poche à la liqueur de Van Swieten. Capitonnage. Suture sans drainage. Guérison le 26 août. Mais a eu ensuite des accès de paludisme jusqu'au 20 septembre. En février 1903 la guérison persistait.

Obs. XXX. — Quénu. *Soc. de Chir.*, 23 novembre 1904, p. 956.

Femme 53 ans. — *Kystes de la face convexe du foie.* Laparotomie 29 octobre 1904. Ponction : 100 grammes liquide. Injection de 50 grammes formol à 1 p. 100. Le trocart un peu plus enfoncé ramène, d'un 2e kyste, 500 grammes de liquide d'abord limpide puis teinté de bile. Injection de 200 grammes formol à 1 p. 100. Evacuation. Incision de la poche. Extraction des 2 vésicules mères et d'un grand nombre de vésicules filles. Suture et réduction sans drainage avec fixation de la poche à la paroi abdominale par un point de suture. Le 10e jour ablation des fils. Le 11e jour guérison.

Obs. XXXI. — Guinard. *Soc. de Chir.*, 19 juillet 1905, p. 760.

Femme 21 ans. — *Kyste de la face convexe du foie.* (Déjà opérée 8 mois auparavant d'un kyste hydatique du foie, par marsupialisation avec fistule pendant 3 mois.) Laparotomie juin 1904. Ponction : 1 litre et plus de

liquide clair. Injection de solution de formol à 1 p. 100, 300 grammes laissés au contact de la poche pendant 5 minutes. Incision, extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Guérison en 3 semaines. En août légère cholérrhagie externe par un point de la cicatrice. Ce point se ferme spontanément en quelques jours. En octobre voussure à la place de la tumeur opérée. Ponction aspiratrice : 1 litre bile pure. Guérison. Celle-ci se maintient depuis 10 mois.

Obs. XXXII. — Guinard. *Soc. de Chir.*, 19 juillet 1905, p. 759.

Femme 25 ans. — *Kyste hydatique de la face convexe.* Laparotomie 13 février 1905. Ponction : 2 litres liquide clair. Injection 500 grammes formol à 1 p. 100 laissée 5 minutes au contact. Evacuation. Extraction d'une énorme vésicule mère. Suture de la poche en deux plans sans capitonnage. Guérison sans incident.

Obs. XXXIII. — Arrou. *Soc. de Chir.*, 19 juillet 1905, p. 76.

Homme 30 ans. — *Kyste hydatique de la face convexe du foie.* Laparotomie. Ponction. Ouverture large du kyste. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Légère cholérrhagie entre 2 points de suture à la fin de la 1re semaine. Drain. Guérison en 3 semaines.

Obs. XXXIV. — Bazy. *Soc. de Chir.*, 19 juillet 1905, p. 762.

Femme. — *Enorme kyste hydatique du foie, face inférieure.* Laparotomie par voie antérieure. Ponction. Incision. Formolage. Réduction sans drainage de la poche, mais drain parakystique. Le 8e jour le pansement est souillé de bile. Drainage du kyste. Guérison lente par oblitération de la cavité.

Obs. XXXV. — XXXVI et XXXVII. Routier. *Soc. de Chir.*, 19 juillet 1903, p. 762.

Trois cas de gros kystes hydatiques du foie dont un très volumineux de la face convexe du foie, attaqué cependant par la voie antérieure. Laparotomie. Incision. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. « J'ai toujours vu mes malades guérir sans incident et rapidement, très heureux d'être délivrés ainsi de ces longues suppurations avec souvent fistules biliaires, ainsi que nous le voyions quand nous faisions la marsupialisation. »

Obs. XXXVIII. — Marion. *Soc. de Chir.*, 27 décembre 1905, p. 1136.

Homme 17 ans et 1/2. — *Kyste hydatique du foie* descendant au niveau de l'ombilic. Laparotomie le 1er septembre 1900. Ponction : liquide clair. Incision de la poche et évacuation de 3 litres de liquide et de vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Essai de capitonnage qu'on arrête à la suite

d'une hémorragie due à la piqûre d'un vaisseau par l'aiguille. Hémostase. Suture des lèvres de l'incision hépatique. Réduction, mais fixation à la paroi abdominale qu'on suture ensuite. — 4e jour : température 38°2 le soir. — 7e jour frisson, urticaire généralisé qui disparaîtra le lendemain, température, 38°5. — 9e jour : la température est encore de 38°5. On chloroformise le malade et on ouvre la cavité kystique, il en sort un demi-litre d'un mélange de sang et de bile sans aspect purulent. Le liquide ensemencé par M. Lereboullet resta stérile. Fixation des bords de la poche aux lèvres de l'incision abdominale et drainage. La fièvre persiste les jours suivants. — Poussées d'urticaire. — L'état général s'altère. Amaigrissement. — Ictère. — Le 14e jour nouvelle chloroformisation et laparotomie. Exploration au trocart du lobe gauche du foie. Pas de nouvelle collection. — 17e jour ; épistaxis violentes. — 18e jour purpura, épistaxis. — 22e jour. Mort. — Autopsie par M. Lereboullet. Le foie est adhérent au diaphragme par sa face convexe et sur une longue surface. La plus grande partie de cet organe était occupée par la cavité kystique ouverte dont les parois étaient de la plus grande minceur. A côté de ce kyste était un 2e du volume d'un œuf de poule. La substance hépatique du lobe gauche était réduite à peu de chose, très friable, et teinte jaunâtre.

Obs. XXXIX. — Rochard. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p, 45.

Homme. — *Double kyste de la face inférieure du foie* l'un de trois litres, l'autre d'un litre. Formolage. Suture de l'incision kystique et réduction sans drainage. Guérison en 20 jours.

Obs. XL. — Rochard. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p. 45.

Homme. — *Enorme kyste de la face convexe du foie.* Formolage. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Les choses allèrent bien les premiers jours. Bientôt la poche se remplit, le foie s'abaisse. Du haut de l'incision s'écoule un flot de liquide jaune très teinté. Drain pour faire des lavages. Affaiblissement du malade. Diarrhée persistante. Mort en 2 mois. (Mais en vidant le kyste, M. Rochard avait constaté des filaments jaunâtres qui auraient dû lui faire penser à la possibilité d'une cholérrhagie secondaire.

Obs. XLI. — Bazy. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p. 45.

Femme. — (Déjà opérée à la fin de 1905). *Actuellement énorme kyste hydatique de la face inférieure du foie.* Ponction. Formolisation. Incision et évacuation, extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage de la poche, mais drain parokystique. Guérison sans incident de ce côté. Pneumonie intercurrente dont elle est en train de se guérir.

Obs. XLII. — Reclus. *Soc. de Chir*, 17 janvier 1906, p. 45.

Homme. — *Kyste hydatique de la face convexe du foie.* Laparotomie.

Incision hépatique de 2 à 3 centimètres. Extraction de vésicules filles et de la vésicule mère. Le kyste est suppuré. Formolage, suture et réduction sans drainage. Etat général médiocre à cause d'une pleurésie en puissance de laquelle il se trouve encore. Tout alla bien les premiers jours. Fièvre légère quelques jours après, puis le pansement est inondé d'un liquide purulent. Enfin guérison, comme après marsupialisation.

Obs. XLIII. — Quénu. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p. 45.

Homme 38 ans. — *Gros kyste de la face convexe du foie.* Opération 5 juin 1905. *Voie transpleurale après résection d'une côte.* Ponction : 3 litres liquide clair. Formol à 1 p. 100 : 250 grammes. Extraction de la vésicule mère. Suture sans drainage. 13 juin : teinte ictérique des téguments, urines foncées, pouls : 100. Du 9 au 25 juin la température monte à 39°, la voussure du foie se reproduit. Désunion de la cicatrice en un point qui laisse sortir une notable quantité de bile jaune citrin. Quelques jours après la plaie se referme. 7 juillet la voussure réapparaît. Ponction : liquide trouble qui cultiva. 15 juillet : ponction, 1200 grammes d'un liquide purulent où on décèle le Bactérium coli. 31 juillet : température 37°, la poche s'est reproduite. Ponction : 3 litres 500 de pus. Guérison le 10 août. Revu guéri en octobre et fin novembre.

Obs. XLIV. — Tuffier. *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p. 48.

Femme. — *Kyste hydatique du lobe de Spiegel* difficile à aborder. Evacuation du kyste : vésicules filles et liquide transparent. Extraction de la vésicule mère sur laquelle on constate à la fois sur sa face externe et dans son épaisseur une longue traînée jaunâtre due soit à de la bile transsudée soit à des conduits biliaires. Suture et réduction de la poche sans drain. Un petit drain est mis non pas au contact de la suture mais au point déclive de l'incision abdominale. Le 4e jour : abondante cholérrhagie externe jusqu'au 10e jour. Puis tout rentre dans l'ordre.

Obs. XLV. — Tuffier, *Soc. de Chir.*, 17 janvier 1906, p. 48.

Homme 50 ans. — *Gros kyste de la face inférieure du lobe gauche du foie.* Evacuation d'un contenu aseptique et de vésicules claires. La vésicule mère ne présente aucune altération. Résection de la partie libre du kyste. Fermeture complète. Le malade sortit guéri en apparence. Va en convalescence à Vincennes. Revient quelques semaines plus tard amaigri, fébricitant avec une tumeur au lieu et place du kyste. Ouverture de la poche : pus et liquide filant jaunâtre (bile). Mort quelque temps après par cachexie.

Obs. XLVI. — Routier. *Soc. de Chir.*, 27 juin 1906, p. 641.

Homme 25 ans. — *Kyste hydatique du foie et lésions non douteuses des sommets des poumons.* Laparotomie sus-ombilicale presque médiane.

26 mai 1906. Kyste intra-hépatique. Ponction : 2 litres 1/2, liquide eau de roche. Incision de la faible couche de tissu hépatique et du kyste. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. — Etat parfait jusqu'au 30 mai. A ce moment température 38°. Le 3 juin ablation des fils. Le 15 juin guérison. Quelques élévations de température dues à la tuberculose. Le malade part à la campagne.

Obs. XLVII. — Routier. *Soc. de Chir.*, 27 juin 1906, p. 642.

Femme 28 ans. — *Gros kyste intra-hépatique.* Laparotomie 2 juin 1906. Ouverture inopinée du kyste très tendu : plus de 3 litres liquide clair. Extraction de la vésicule mère. Attouchement au formol. Asséchement à la compresse stérile qui revient tachée de bile. Destruction d'une grande partie du foie par le kyste. Suture et réduction avec fixation par un point à la paroi abdominale. Drain parakystique pendant 6 jours. Suites simples sauf un peu de température due à un mal de gorge. Guérison.

Obs. XLVIII. — Cerné et Dévé. *Soc. de Biol.*, 8 décembre 1906, p. 575 et *Soc. de Chir.*, 19 décembre 1906, p. 1109.

Femme 30 ans. — *Gros kyste hydatique de la face convexe du foie.* Incision sus-ombilicale latérale 30 juillet 1906. Ponction : 4 litres liquide clair tenant en suspension du sable hydatique. Formolage 1 litre 1/2 formol à 1 p. 100 pendant 5 minutes au contact de la poche. Evacuation. Incision de la poche. Extraction de la vésicule mère et de 2 vésicules filles. Un point de la surface externe est teinté de bile. Pas de suintement apparent. Suture et réduction sans drainage. 8 jours après signes amphoriques dans la région occupée par le kyste, foie abaissé. — 14e jour ponction 1 litre gaz en tension, inodores, et 200 grammes liquide biliaire limpide. Le 25e jour, nouvelle ponction : gaz et 2 litres 1/2 de liquide biliaire trouble. Le 44e jour, nouvelle ponction : gaz et 1 litre 1/4 de liquide biliaire purulent. Le 54e jour, l'examen radioscopique ne révèle que peu d'air et de liquide dans la poche. Revue en novembre, la malade était guérie, l'examen clinique et radioscopique ne révèle plus de gaz.

Obs. XLIX. — Pierre Duval, in Dévé, *Revue de S. M. Argent*, 1906.

Femme 37 ans. — *Kyste de la face convexe du foie* (femme déjà opérée 16 novembre 1896 de K. H. du foie). Ponction, incision, formolage, suture et réduction sans drainage avec fixation à la paroi abdominale. Guérison en 24 jours.

Obs. L. — Pluyette. *Marseille méd.*, 1906, p. 307.

Homme. — *Kyste hydatique du foie.* Incision. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Guérison en quelques jours (10 jours).

Obs. LI. — Walther. *Soc. de Chir.*, 1908, 18 février, p. 205.

Homme. — *Gros kyste uniloculaire sans vésicules filles.* Ponction. Six litres de liquide clair. Extraction de la vésicule mère. Suture sans capitonnage. Réduction sans drainage. Guérison sans incident.

Obs. LII. — Guinard. *Soc. de Chir.*, 8 juillet 1908, p. 920.

Homme 41 ans. — *Kyste hydatique de la face convexe du foie. Opération par voie transpleuro-péritonéale.* Résection de 8 à 10 centimètres de la 8e côte sur la ligne axillaire. Ponction, 2 litres de liquide très clair. Formolage. Extraction de la vésicule mère. Suture sans drainage. Le malade se lève le 5e jour. Présenté guéri à la Soc. de Chirurgie 9 jours après son opération.

Obs. LIII. — Quénu, in Cauchoix, *Thèse de Paris*, 1908, p. 60, obs. XVII.

Femme 25 ans. — *Kyste hydatique de la face inférieure du foie.* Laparotomie 3 novembre 1902. Mise à nu du kyste et protection du pourtour avec des compresses de gaze bourrées entre la paroi et le foie. Ponction 1 200 grammes liquide clair. Formol 300 grammes à 1 p. 100 laissés 5 minutes au contact de la poche. Evacuation. Incision. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Ablation des fils le 11 novembre. Guérison le 30 novembre en 27 jours.

Obs. LIV. — Quénu, in Cauchoix, *thèse de Paris*, 1908, p. 62, obs. XVIII.

Femme 40 ans. — *Kyste hydatique face convexe du foie.* (Déjà opérée 3 ans auparavant d'un kyste de la face inférieure du foie qui, suturé et réduit sans drainage guérit en 3 semaines). Opération 10 décembre 1902. *Incision du 7e espace costal, sans résection de côte.* Ponction : 1 litre liquide et 1 vésicule. Injection de formol à 1 p. 100 laissé 5 minutes puis évacué. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage de la poche, en fixant les fils extrêmes au plan fibreux. Petit drain péritonéal. Petit état fébrile le 10e jour. Guérison le 15 janvier. En 36 jours.

Obs. LV. — Quénu. *Ibid.*, obs. XIX, p. 63.

Homme 29 ans. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie 26 mai. Ponction 620 grammes liquide légèrement teinté en jaune. Formolage, 300 grammes formol à 1 p. 100 laissé 5 minutes au contact de la poche. Extraction de la vésicule mère et d'une centaine de vésicules filles allant de la grosseur de graines de chenevis à celle d'une prune. Nettoyage à la compresse stérilisée puis formolée. — Résection d'un 2e petit kyste indépendant et situé sur le bord antérieur du foie. Suture. Les chefs extrêmes sont reliés à la paroi abdominale de façon à adosser les deux cicatrices hépatique et abdominale. Suture sans drainage. Le surlendemain, température 38°. Le 3 juin panse-

ment taché par un liquide biliaire. Le 12 juin, plus d'écoulement. Le 23, guérison — donc en 29 jours.

Obs. LVI. — Quénu. *Ibid.*, obs. XXII, p. 73.

Homme 23 ans. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie. Ponction : liquide louche sans vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Lavage au sérum. Résection d'une partie de la poche et de tissu hépatique. Suture et réduction sans drainage. Le 14e jour suppuration de la poche, pus et liquide biliaire. Hémorragie un mois après. Guérison en 3 mois.

Obs. LVII. — Quénu. In thèse Cauchoix, 1908, p. 82, obs. XXV.

Femme. — *Volumineux kyste hydatique du foie.* (Déjà traité par la ponction simple 3 ans auparavant par M. Chauffard). Opération 31 mai 1906. Laparotomie. Ponction 1 litre 1/2 liquide eau de roche. Formolage. Extraction d'une centaine de vésicules filles et de la vésicule mère. Suture de la poche qui est rendue solidaire de la paroi abdominale. Guérison opératoire le 21 juin. Revient le 12 juillet avec une voussure au niveau de l'ancien kyste. Par erreur, réouverture et non ponction de la poche : 1 litre liquide louche. Drainage. Suppuration ultérieure abondante. Sortie le 9 déc. 1906 mais le 11 janvier 1907 il persiste une cavité profonde de 4 à 5 centimètres d'où s'échappe une assez grande quantité de pus.

Obs. LVIII. — Guinard. *Soc. de Chir.*, 30 mars 1909.

Femme. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie. Ponction. Formolage. Incision et extraction de la vésicule mère. Suture. Réduction sans drainage. Guérison.

Obs. LIX. — Gosset. (Rapport de M. Tuffier, *Soc. de Chir.*, 31 mars 1909).

Homme 17 ans. — *Kyste de la face convexe du foie.* Laparotomie. Ponction du kyste : 300 centimètres cubes. Formolage : 40 centimètres cubes, solution de formol à 1 p. 100. Évacuation. Extraction de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Guéri en 19 jours.

Obs. LX. — Jeanbreau. *Soc. de Chir.*, 31 mars 1909.

Femme 20 ans. — *Kyste hydatique de la face convexe du lobe droit du foie.* Laparotomie. Formolage de la poche. Extraction d'une vésicule mère flétrie et de vésicules filles. Réduction sans drainage. Guérison et réunion per primam. Pendant 48 heures le pouls a été à 160.

Obs. LXI. — Lejars. *Soc. de Chir.*, 24 novembre 1909.

Homme 46 ans. — *Double kyste du foie.* l'un à droite, l'autre à gauche. Laparotomie. Ponction du kyste droit saillant. Formolage. Incision. Extrac-

tion de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage. Même opération pour le kyste gauche. Guérison en un mois sans incident.

Ob. LXII. — Dujarier. (Rapport de M. Quénu. *Soc. de Chir.*, 17 novembre 1909).

Femme 30 ans. — *Kyste rétro-hépatique face inférieure du lobe droit.* Laparotomie. 12 juillet 1908. Incision : 2 litres liquide clair. Formol : 500 centimètres cubes à 1 p. 100. Extraction de 2 vésicules filles et de la vésicule mère. Suture et réduction sans drainage de la poche. Petit drain parakystique en raison d'un petit saignement qui accompagne la suture hépatique. Guérison le 13 septembre en 1 mois. Revue bien portante 5 mois après.

Obs. LXIII. — Dujarier. (Rapport de M. Quénu. *Soc. de Chir.*, 17 novembre 1909.

Homme 24 ans. — *Kystes multiples du foie.* Laparotomie 30 juillet 1908. Ponction : 1500 grammes liquide clair. Injection : 600 grammes de solution formolée. Ouverture du kyste et extraction de la vésicule mère. Asséchement de la paroi avec des tampons qui reviennent teintés de bile. 2e kyste saillant dans le fond de cette poche. Ponction : liquide clair ; incision d'un diaphragme de tissu hépatique de 1 centimètre d'épaisseur. Extraction de la vésicule mère et de 2 ou 3 vésicules filles. Injection de 500 grammes de sublimé au 1/1000e au lieu de formol. Suture du kyste superficiel et réduction sans drainage après fixation au péritoine pariétal. Suites normales. Le 21 août, 22 jours après l'opération le malade part à Vincennes en convalescence.

Obs. LXIV. — Sieur. *Soc. de Chir.*, 1909, et in thèse Mornard, 1913.

Homme 40 ans. — *Kyste hydatique de la face convexe du foie* et plusieurs tumeurs abdominales dont une cause de la pollakyurie. Cet homme est bronchitique et paludéen. Opération 29 décembre 1903. Incision verticale de 10 centimètres, à la cocaïne. Ponction. Formolage. Incision. Extraction de la membrane mère et de vésicules filles. Réduction sans drainage, après suture. Guérison opératoire. Mais la poche se remplit en 1 mois. 4 à 5 ponctions ramenant un liquide citrin non-biliaire. 31 mars, nouvelle incision de l'abdomen. Ablation des kystes de l'abdomen et du bassin. Guérison opératoire. 10 jours après accès de paludisme. Suppuration du kyste pelvien. Drainage. Affaiblissement progressif. Mort le 25 avril. Autopsie. Ablation parfaite de la totalité des kystes abdominaux. Poche pelvienne bien drainée. Un peu de liquide séreux dans la poche hépatique qui a des parois fibreuses. Lobe gauche réduit à une simple coque hépatique. Multitude de kystes dont deux flétris et pleins de bile, dans ce même lobe. En outre 4 autres kystes du foie, 2 du diaphragme et d'autres dans les reins.

Obs. LXV. — Antipas. *Soc. de Chir.*, 5 janvier 1910.

Femme 35 ans. — *Gros kyste du lobe carré.* Laparotomie. Ponction : 800 grammes liquide clair. Formolage. Incision. Extraction de la vésicule mère et de vésicules filles. Suture, réduction sans drainage. Guérison sans incident.

Obs. LXVI. — Lenormant. *Progrès méd.*, 1910, n° 6.

Femme 25 ans. — *Kystes hydatiques multiples du foie.* Laparotomie médiane sus-ombilicale le 21 août 1908.

1° Kyste de la face convexe et du bord antérieur, volume du poing. Ponction, incision, extraction de la vésicule mère, résection de la paroi, capitonnage. Suture, réduction sans drainage ;

2° Kyste de la face inférieure, du lobe carré, en dedans de la vésicule biliaire, même traitement :

3° Kyste de la face convexe, à gauche, très haut sous le diaphragme, gros comme les deux poings. Pour le découvrir, on branche sur la première incision abdominale, une incision transversale le long du rebord costal gauche. Ponction, formolisation, incision, extraction de la vésicule mère, suture et réduction sans drainage ;

4° Section du ligament suspenseur, kyste du lobe droit. Ponction : liquide clair. Formolage : on veut l'inciser mais l'aiguille s'est déplacée. Hémorragie formidable, état inquiétant. On renonce à l'extirpation du kyste. Suture hépatique. Tamponnement par une mèche. Réduction sans drainage. L'opération a duré plus d'une heure. La malade est profondément shockée. Signes d'infection suraiguë. Mort en 48 heures. Pas d'autopsie.

Obs. LXVII. — Quénu. In *Rev. de Chir.*, 1910.

Femme 16 ans. — *Kystes hydatiques multiples du foie.* Laparotomie le 10 mai 1910 après anesthésie à l'éther.

1° Kyste hydatique de la face inférieure du foie. Ponction (650 grammes) liquide clair. Formolage. Incision. Extraction de la vésicule mère colorée en jaune par de la bile. Suture. Fixation à la paroi par les fils extrêmes ;

2° Kyste du lobe carré de même volume. Ponction. Formolage. Incision, extraction d'une vésicule mère teintée de bile. Suture. Réduction de ce kyste sans drainage de la poche. Drain parakystique. Deux jours après température, 39°6. Pouls 106, urines, 450 grammes. On fait sauter quelques points de suture. Suintement de bile par le drain. Le soir la température monte à 41°, garde-robe colorée. Les jours suivants : température, 36°5, selles décolorées, ictère. Puis tout disparaît peu à peu. Le 15 juillet, le malade sort guéri.

Obs. LXVIII. — Walther. *Soc. de Chir.*, 29 mars 1911, p. 490.

Homme 30 ans. — (Déjà opéré en 1906 pour 4 kystes hydatiques du foie,

puis en 1910 pour 6 kystes du foie, puis en 1911 pour des kystes multiples de l'abdomen.

Le 12 janvier 1906 pour la première intervention on fit l'incision transpleurale avec résection large de la 10e côte, puis on ponctionna et *formola* avant d'inciser et extraire la vésicule mère, 4 kystes qu'on réunit ensuite en une seule cavité. Drainage. Guérison en 2 mois.

En 1910 ponction et formolage, puis extraction de la vésicule mère et suture sans drainage de chacun des 6 kystes.

13 janvier 1911. Tumeur kystique multilobée siégeant contre la paroi, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Enucléation. Enucléation d'un autre kyste épiploïque. Autre kyste du volume d'un œuf, dans le méso-colon, sous l'angle iléo-colique. Guérison. Mais dans la cicatrice thoracique sont de petits noyaux arrondis et durs qui semblent être de petits kystes en voie de développement.

Obs. LXIX. — Tixier. *Lyon Méd.*, 20 juin 1911, p. 860 et *Soc. Méd. des Hôpit. de Lyon*, p. 475.

Homme 17 ans. — *Kyste de la partie antéro-supérieure lobe droit du foie.* Laparotomie. Ponction : 250 grammes liquide hyalin. Injection 100 centimètres cubes formol à 1 p. 100. Incision : 350 grammes liquide intra-hépatique. Extraction de la vésicule mère. Asséchement de la cavité. Capitonnage. Suture, réduction sans drainage. Fixation à la paroi abdominale par deux points de catgut. Guérison en 18 jours. (Ce serait, dit Tixier, la première fois que le procédé de M. Pierre Delbet a été exécuté à Lyon et Tixier le trouve merveilleux.)

Obs. LXX. — Lejars. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 1911.

Homme. — *Kyste hydatique du foie.* Laparotomie le 23 février 1911. Ponction : 1 litre liquide. Extraction de la vésicule mère. Suture. Fixation de la poche au péritoine pariétal. Pas de drainage. Guérison en 25 jours.

Obs. LXXI. — Cerné. *Presse Méd.*, 2 mars 1912.

Homme 16 ans. — 1° *Kyste hydatique de la face inférieure du foie.* Opération 3 janvier 1911. Ponction : 1 litre liquide eau de roche. Formol 450 centimètres cubes à 1 p. 100 pendant 5 minutes dans la poche. Incision. Pas de vésicules filles. Extraction de la vésicule mère. Capitonnage avec deux points de catgut. Surjet des bords au catgut. Fixation par un point au péritoine.

2° *Kyste de la face convexe.* Résection des 8 et 9e côtes. Ponction intra-hépatique du kyste : 1 litre liquide eau de roche. Formolage. Incision. Extraction de la vésicule mère. Capitonnage impossible car les parois ne reviennent pas sur elles-mêmes. Suture. Réduction sans drainage. Réunion per primam. Bientôt signes de pneumatose, confirmés par la radioscopie. Le 1er février : ponction et aspiration de 300 à 400 centimètres cubes liquide

verdâtre. Gaz identiques à ceux de l'atmosphère. Liquide analogue au sérum sanguin, un peu moins riche en albumine. Guérison 7 février. Revu bien portant le 10 novembre 1911.

Obs. LXXII. — Chavannaz, in thèse Lanes, Bordeaux, 1912.

Femme 29 ans. — *Kyste hydatique de la face inférieure du foie.* Laparotomie. Ponction : liquide clair. Formolage. Incision. Extraction de la vésicule mère. Vaste cavité. Attouchement au formol. Asséchement. Suture. Fixation de la poche à la paroi. Petit drain sous-cutané à ce niveau. Ablation du drain le 5e jour. Réunion per primam. Guérison le 22e jour. Un examen radiographique pratiqué le 28e jour révèle au niveau de la poche une certaine quantité d'air et de liquide.

Obs. LXXIII. — Bertrand. *Marseille méd.*, 15 janvier 1913, p. 56.

Femme 45 ans. — *Kyste hydatique postéro-supérieur du foie.* Ponction nécessitée par accidents d'asphyxie, 1 litre eau de roche. 2 jours après : poussée d'urticaire. Etat général amélioré. Opération par *voie transpleuro-diaphragmatique* (technique d'Israël), résection de 10 centimètres des 8e et 9e côtes, incision du diaphragme. Ponction : 3 litres au moins d'un liquide légerement teinté en jaune. Formolage. Evacuation. Incision. Extraction de la vésicule mère. Pas de capitonnage à cause de la situation profonde du kyste. Suture en masse : poche, diaphragme plèvre et paroi. Guérison en 13 jours.

Obs. LXXIV. — Aubert. *Marseille méd.*, 15 mars 1913, p. 192.

Femme 33 ans. — *Kystes hydatiques multiples du foie.* Opération 13 décembre 1912, première incision latérale droite de 12 centimètres le long du droit ; deuxième incision perpendiculaire à la première ; et parallèle au rebord costal.

α. Ponction d'un premier kyste : 200 centimètres cubes liquide eau de roche. Formol : 50 centimètres cubes laissés 2 minutes au contact de la poche. Extraction d'hydatides filles et de la vésicule mère.

β. 2e Kyste au fond de la cavité du 1er. Ponction : 200 centimètres cubes liquide. Formolisation. Incision. Extraction de la vésicule mère et de vésicules filles.

Fermeture de ces deux poches par un surjet au catgut.

γ. 3e Kyste, face antérieure du foie. Ponction. Formolisation. Incision. Extraction de la vésicule mère. Fermeture au catgut.

δ. 4e Kyste sur la face convexe. Résection de deux cartilages costaux. Gros kyste. Ponction : 3/4 litre liquide. Formolage. Incision. Extraction de la vésicule mère teintée de bile. Suture.

Réduction sans drainage des poches. Mais drain dans le tissu cellulaire au point le plus déclive.

Température 40e le lendemain. Puis 37e,5 le surlendemain. Guérison.

Obs. LXXV. — Pierre Duval, in thèse Mornard, Paris, 1913, obs. XIX, p. 66.

Homme 24 ans. — *Kystes multiples.* Opération 9 août 1911. 1er kyste : volumineux, face inférieure du foie, lobe droit. Incision de Mayo Robson. Ponction : 1 litre 1/2 liquide clair. Formol à 1 p. 100 : 250 grammes. Incision du kyste. Extraction de vésicules filles et de la vésicule mère. Asséchement à la gaze.

2° Kyste, volume d'un œuf, dur, crétacé, saillant dans le premier. Ponction : 150 grammes liquide clair. Formolage. Incision. Extraction de nombreuses vésicules filles et de la vésicule mère. Suture de la poche hépatique et fixation à la paroi par les deux fils extrêmes. Petit drain parakystique. Ablation du drain le 11 août, des fils le 17 août. Réunion per primam. Guérison le 2 septembre en 24 jours.

Obs. LXXVI à LXXXVIII inclusivement. — Prof. Auguste Broca. *Soc. de Chir.*, 1er décembre 1909.

Dix cas de kystes hydatiques, traités par la méthode de réduction sans drainage, après capitonnage et suture de la poche. Dans les cas où après évacuation du contenu kystique, l'adventice pendait au dehors du foie, résection de cette partie de la poche avant de faire la suture.

Guérison sans incident.

Trois autres kystes hydatiques présentaient, après l'ablation de la vésicule mère, des vaisseaux biliaires jaunâtres entourés d'un estompage diffus par infiltration, dans l'adventice, faisant craindre une rupture possible de ces vaisseaux. Après suture et réduction sans drainage de la poche kystique, M. Auguste Broca mit, dans ces trois cas, soit un drain, soit une mèche parakystique. Un des malades guérit par première intention. Les deux autres présentèrent pendant quelques semaines un écoulement de bile. Guérison.

Obs. LXXXIX. — Auguste Broca. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1911.

Homme. — *Kyste hydatique du foie.* Opération le 15 mars 1911. Ponction, formolage, incision, extraction de la vésicule mère, capitonnage, suture et réduction sans drainage. Réunion per primam. A l'opération on avait constaté quelques traînées d'infiltration sur l'adventice. Guérison en 25 jours. Malade sort le 9 avril.

Obs. XC. — Quénu. In thèse Cauchoix 1908. Obs. XXIV, p. 76.

Homme 27 ans. — *Volumineux kystes de la face convexe du foie et du bord antérieur.* Opération le 23 décembre 1905. Incision verticale à droite de la ligne médiane. Ponction, formol, incision, extraction de la vésicule mère, suture et fixation par un point à la paroi. La nuit suivante : dyspnée, cyanose, crachats hémoptoïques, température 38° 6, pouls 130. Puis tout devient

normal. Le 1er janvier, ablation des fils, léger suintement au niveau du point inférieur. Le 3 janvier, l'écoulement augmente, drainage. Le 6, abondant écoulement qui diminue vers le 18. Le 27 janvier, sortie du malade avec un pertuis minime.

2° Statistique personnelle du professeur Pierre Delbet.

Obs. XCI. — Pierre Delbet. *Kyste hydatique du foie. — Capitonnage. — Guérison.*

M. D., 35 ans, entrée le 10 décembre 1895, salle Chassaignac, n° 14.

La malade avait été toujours bien portante lorsqu'elle ressentit il y a quatre ans des douleurs abdominales siégeant dans la fosse iliaque droite. Le ventre n'avait pas augmenté de volume à cette époque, l'appétit était conservé, mais toutefois la malade éprouvait une certaine répulsion pour les graisses. Il y a deux ans, l'abdomen commença à augmenter de volume et la malade se trouva gênée pour marcher et respirer — cet état alla en s'aggravant lentement mais d'une façon continue jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général est assez bon, bien que la malade ait maigri de plusieurs kilos. Elle se plaint de dyspnée et de douleurs abdominales. On trouve en l'examinant une tumeur abdominale nettement fluctuante, mate à la percussion, peu douloureuse à la pression. Cette tumeur distend à peu près toute la cavité abdominale surtout sa moitié droite ; elle est en avant de l'utérus et on la perçoit très nettement dans les culs-de-sac droit et antérieur.

Les autres organes sont normaux. Malgré la position bizarre de l'utérus par rapport à la tumeur, on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire droit.

Laparotomie le 13 décembre 1895. — On tombe sur un kyste qui avait assez notablement remonté sous l'influence de la position de Trendelenburg. Ponction de ce kyste; on évacue ainsi 2 litres de liquide hydatique. Le kyste vidé on cherche à l'amener au dehors, ce qui présente de grandes difficultés car le foie est entraîné avec la tumeur. L'incision est prolongée par en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Il devient alors évident qu'il s'agit d'un *kyste hydatique de la face inférieure du foie.* La poche remonte sous le foie, qui est d'ailleurs notablement abaissé.

Le kyste ouvert est complètement vidé et l'on veut avant de le marsupialiser essayer d'en réséquer autant que possible.

Au premier coup de ciseaux pour le réséquer on ouvre une cavité comprise dans la paroi et qui n'est autre que la vésicule biliaire extrêmement allongée. La vésicule est fermée par une douzaine de points de Lembert, recouverts d'un double surjet. On s'aperçoit alors qu'il est impossible de suturer le kyste à la paroi sans intéresser la vésicule biliaire. Le kyste est nettoyé très soigneusement ; on en réséque le plus possible, sans intéresser la vésicule, *on suture l'une à l'autre les deux lèvres du kyste et le tout est*

réduit dans l'abdomen. Une mèche de gaz iodoformée est seulement placée jusqu'à la suture de la vésicule. Suture de tout le reste de la paroi.

Suites très simples. La mèche est enlevée le 5e jour, les fils le 11e jour.

Réunion complète par première intention.

La malade sort le 12 janvier complètement guérie.

La malade a été revue en 1898 ; son état de santé était parfait.

Obs. XCII. — *Kyste hydatique du foie avec fistule biliaire. – Incision, suture de la fistule biliaire, capitonnage, suture du kyste sans drainage. — Guérison.* — Pierre Delbet.

B. A..., âgé de 50 ans, entré le 7 février 1896, salle Malgaigne, lit n° 3. Pleurésie gauche en 1883.

Entre à l'hôpital en septembre 1895 pour une bronchite légère. C'est en examinant par hasard son abdomen à ce moment-là, que l'on constate la présence d'une tumeur indolore dépassant légèrement le rebord des fausses côtes droites. Depuis cette époque augmentation lente de la tumeur. Depuis un mois douleurs dans la région épigastrique et vers l'épaule droite ; démangeaisons sans éruption. Amaigrissement de 20 livres. Une ponction exploratrice a été pratiquée il y a quelques jours sans résultat.

Etat actuel. — On constate une tumeur arrondie de chaque côté de la ligne médiane entre l'ombilic et le rebord costal. La saillie du côté droit est plus marquée, elle a environ 7 centimètres de diamètre et il existe un léger soulèvement du rebord costal à son niveau. La tumeur suit nettement les mouvements respiratoires. Elle est molle mais non fluctuante. Elle appartient nettement à la face supérieure du foie ; elle est absolument mate.

Laparotomie le 11 février 1896. — Incision sur la partie culminante de la tumeur au milieu du muscle droit du côté droit. Elle commence sous les fausses côtes et descend à 10 ou 11 centimètres plus bas. Ponction aspiratrice de la tumeur. Issue de liquide clair.

La poche étant un peu vidée et une éponge introduite à la partie inférieure de la plaie, pour protéger le péritoine, le kyste est légèrement incisé. Les parois de l'incision kystique sont saisies avec des pinces à forcipressure et éversées au dehors. On remarque que le liquide qui en sort est de plus en plus jaune. Ablation de la vésicule mère. On voit alors de la bile en quantité assez considérable. L'incision du kyste est agrandie et on examine sa face interne. On arrive ainsi à voir la fistule biliaire, qui est profondément située sur la face gauche de la poche. Avec des aiguilles coudées et courbes, on passe trois fils qui ferment la fistule. Toute la poche est alors nettoyée avec une éponge trempée dans du sublimé : on ne peut réséquer qu'une lanière d'un centimètre d'épaisseur du côté gauche. En dehors et à droite une languette de 2 centimètres jusqu'au point où la paroi devient très épaisse et se fusionne avec le foie.

La poche est capitonnée par deux points de gros catgut avec une aiguille coudée. Le premier point amène une hémorrhagie veineuse qui s'arrête quand les fils sont serrés. L'incision du kyste est fermée par un

catgut. La paroi abdominale est fermée comme d'habitude par des fils d'argent comprenant toute la paroi. En haut seulement quelques points de catgut sont placés sur le péritoine et les muscles. Pas de drainage.

Suites très simples. Les fils sont enlevés, le 21 février. Réunion par première intention. Le malade se lève le 29 février et quitte le service le 28 mars en très bon état. La tumeur avait complètement disparu. Il a été depuis et il est toujours parfaitement guéri.

Obs. CXIII. — *Kyste hydatique probablement de la vésicule biliaire. — Incision suivie de suture et de capitonnage sans drainage. — Guérison.* — Pierre Delbet.

T. V..., âgée de 26 ans, entrée le 31 août 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 1.

A. H. — Père mort de paralysie, ayant souffert autrefois d'une affection hépatique avec ictère. Mère bien portante. Une sœur morte tuberculeuse. Un frère bien portant.

A. P. — Fluxion de poitrine il y a 8 ans. Mariée. 1 enfant après un accouchement très laborieux.

Depuis 1 an, elle éprouve des douleurs sourdes dans l'hypochondre droit. Elle consulta à ce moment un médecin qui fit le diagnostic de rein flottant. Depuis 3 à 4 mois les douleurs sont plus fréquentes et plus intenses : le point le plus douloureux correspond au siège de la vésicule biliaire. Ces douleurs sont irradiées vers l'épaule droite. Jamais de coliques hépatiques. Jamais d'urticaire. Mais la malade a eu à plusieurs reprises une légère teinte ictérique des conjonctives coïncidant avec des poussées de fièvre.

Etat actuel. — On est frappé par une coloration brune de tous les téguments, mais cette coloration n'a rien de pathologique. L'examen permet de reconnaître dans l'hypochondre droit une tumeur convexe, rénitente, très légèrement dépressible, mais ne présentant pas trace de fluctuation. Cette tumeur continue en haut avec le bord inférieur du foie qui dépasse un peu le rebord des fausses côtes, dessine assez exactement un U dont les branches seraient coupées obliquement par le rebord costal. La hauteur maximum est d'environ 8 centimètres, la largeur 6 à 7 centimètres. La tumeur n'est pas mobilisable. Elle ne détermine pas de voussure au niveau de l'hypochondre. La tumeur est mate, et sa matité se continue en haut avec celle du foie.

Laparotomie le 27 septembre 1897. — Incision verticale de 10 à 12 centimètres sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, la tumeur ne s'est présentée, directement visible et accessible que dans une faible portion de son étendue à cause des adhérences qui la masquaient. Une ponction donna issue à du liquide clair comme de l'eau de roche. La tumeur fut incisée et des vésicules s'échappèrent. L'incision du kyste fut ensuite agrandie avec difficulté à cause des adhérences intestinales qui saignaient beaucoup. *Les vésicules filles* et *la vésicule mère furent enlevées.* Ceci fait, il restait la membrane adventice, très épaisse, très résistante, en partie calcifiée.

Elle fut *capitonnée* avec 3 fils ; puis la cavité qui avait environ le volume du poing fut fermée par un surjet au catgut. La poche fut ensuite rentrée, et la plaie abdominale fermée par une suture à trois étages, sans drainage.

Suites normales. — Les fils sont enlevés le 13 septembre. Réunion par première intention. Guérison.

Revue le 12 mai 1898. Etat parfait, cicatrice solide.

Obs. XCIV. — *Kyste hydatique du foie.* — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — Pierre Delbet, *Soc. de Chir.*, 11 janvier 1899. (Observation résumée.)

Femme de 50 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 août. L'abdomen est très manifestement déformé par la tumeur qui descend jusqu'à l'ombilic ; cette tumeur est nettement hépatique et présente le frémissement hydatique. La femme est très émaciée, sans force ni appétit, oppressée, avec une teinte violacée de la face : la température est normale. Il y a des signes de bronchite chronique et les antécédents donnent à penser qu'il s'agit de tuberculose.

Laparotomie le 12 septembre 1898. — Incision : de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Il est facile de constater que le kyste, bien qu'ayant un développement surtout abdominal, s'est cependant développé sur la face antéro-supérieure du foie qui a basculé. M. Delbet évacue le liquide par une ponction aspiratrice, puis ayant protégé le péritoine et attiré partiellement la poche au dehors, il l'incise largement et évacue la totalité des vésicules-filles et l'hydatide mère : 1 litre environ. La cavité étant bien asséchée, il resèque une lanière de 2 centimètres sur la lèvre gauche de l'incision kystique ; du côté droit la paroi s'épaissit immédiatement et il n'est fait aucune résection. M. Delbet place 3 points de capiton, ferme complètement la poche par un surjet au catgut et suture en 3 plans la paroi abdominale sans faire le moindre drainage (2 surjets au catgut, suture cutanée au fil d'argent).

Dans l'après-midi, la malade tombe dans un état demi-comateux : stertor, pouls faible et lent. Vers 5 heures du soir, le chirurgien de garde, M. Villemin est appelé et pense à une hémorrhagie intra-péritonéale : il s'abstient de toute intervention, dans la crainte que la malade ne succombe sur la table d'opération.

Le lendemain, M. Delbet trouve cette femme très oppressée et dans un état de faiblesse extrême ; le pouls est misérable, mais plutôt ralenti qu'accéléré. On défait aussitôt le pansement et on constate qu'il n'y a aucune réaction péritonéale : le ventre est souple, indolent, sans aucune matité anormale. Dans les deux poumons, on entend des râles disséminés et la malade a expectoré quelques crachats nummulaires. 37°,4. Il s'agit probablement d'accidents d'intoxication hydatique, joints à une aggravation par le chloroforme de la bronchite ancienne.

Le 14. — Tous les accidents graves ont disparu ; dans les jours suivants, le mieux s'accentue et la malade commence à manger.

Le 19. — En toussant, elle perçoit une sorte de craquement au niveau de la plaie et elle déclare qu'elle sent quelque chose de bien étrange qu'elle ne peut définir, mais qui lui paraît tout à fait anormal. Frappé de son insistance, on défait le pansement et on constate que la moitié supérieure de la plaie est béante ; les fils d'argent et les catguts ont cassé ; par l'ouverture, on voit en bas un petit bourrelet épiploïque et dans tout le reste de l'étendue la partie inférieure de la suture hépatique qui tient parfaitement. La partie supérieure de cette suture est déjà remontée sous les fausses côtes, le foie ayant repris peu à peu sa place normale ; le pansement n'est d'ailleurs pas sali, il ne contient ni pus, ni sang, ni bile.

M. Delbet essaie de réunir de nouveau la plaie avec des crins de Florence, mais ces nouveaux points n'ont pas tenu et la plaie s'est réunie partiellement par seconde intention, sans que d'ailleurs la poche kystique se soit jamais rouverte. La malade est depuis longtemps guérie de son kyste, mais sa bronchite s'est aggravée.

En décembre 1898. — La malade guérie de son kyste est toujours en traitement à l'Hôtel-Dieu pour sa bronchite chronique.

Obs. XCV. — *Kyste hydatique du foie.* — Capitonnage et suture sans drainage. — Guérison. — Pierre Delbet, *Soc. de Chir.*, 27 décembre 1899.

Jeune femme arabe de 19 ans, opérée à l'hôpital arabe de Tunis avec le concours du Dr Lovy.

Présente un kyste hydatique volumineux du foie, ayant étrangement déformé le thorax : il s'était développé au moins autant du côté du thorax en refoulant le foie que du côté de l'abdomen. Les 5 ou 6 dernières côtes des deux côtés, mais surtout à droite, étaient refoulées excentriquement si bien que le thorax avait la forme d'une cloche largement évasée.

Laparotomie le 25 octobre 1899. — Le kyste incisé et vidé (sa capacité était d'environ six litres), M. Delbet enlève la vésicule-mère et constate alors que la membrane adventice adhère à la face inférieure du foie dans presque toute son étendue. De plus toute la portion qui s'étendait de la colonne vertébrale à la paroi latérale de l'abdomen en passant devant le rein droit était complètement fixée dans la profondeur et absolument immobile. Le capitonnage présentait donc des difficultés particulières, M. Delbet le fit cependant : par 4 points qu'il eut de la peine à placer parce qu'il n'avait pas les instruments dont il se sert d'habitude, il amena la moitié gauche de la vaste poche qui était assez souple bien que résistante au contact des parties fixes, puis sutura l'orifice par des points de Lembert et réduisit sans drainage.

La convalescence a été légèrement troublée par une bronchite, mais la malade a parfaitement guéri. M. le Dr Lovy écrivait à M. Delbet le 25 novembre : « L'opération a réussi d'une façon idéale. J'ai fait le premier pansement le 9e jour et enlevé les fils ; il n'y avait pas le moindre suintement. La base du thorax si évasée par le kyste s'était déjà rétrécie considérablement. En résumé, résultat parfait au point de vue opératoire et d'autant plus remarquable que la cavité était énorme ».

Obs. XCVI. — *Kyste hydatique de la face convexe du foie.* — Réduction sans drainage. — Guérison. — Pierre Delbet. *Soc. de Chir.*, 28 juin 1905.

A. C., 42 ans, entrée le 3 juin 1905 salle Ferreol, lit 27. Cette femme n'accuse dans ses antécédents qu'un ictère étant enfant. Elle a eu 4 enfants dont 3 sont morts de convulsions. L'autre se porte bien.

Au mois de septembre 1904 elle commence à ressentir des douleurs dans le dos, dans l'épaule et le côté droit. Depuis cette époque elle éprouve un dégoût pour les aliments gras. Au début de ces malaises elle eut une métrorrhagie abondante. Jamais d'urticaire ni d'épistaxis. Pas de malaise général. Cependant elle souffre continuellement, sans douleur paroxystique, et se plaint de dyspnée au moindre effort, de palpitations. — Constipation habituelle.

On constate une déformation considérable du côté droit qui est globuleux, à la partie inférieure du thorax. Cette voussure occupe l'espace compris entre les 2 ou 3 premières côtes et le rebord des fausses côtes. Cette tumeur est indolente et donne une sensation de rénitence. Elle donne en arrière un frémissement hydatique très net, et de la matité sur toute son étendue.

L'examen du sang révèle de l'éosinophilie.

Opération le 4 juin 1905. — Incision antérieure sur le bord externe du grand droit. Le kyste est découvert. Ponction. Il s'écoule 3 litres 700 d'un liquide un peu trouble. Le kyste et le foie remontent sous les côtes à mesure que le kyste se vide. On est obligé de réséquer 2 ou 3 centimètres du rebord costal. Ouverture du kyste. Extraction de la vésicule mère. Nettoyage de la poche avec des compresses stérilisées. On suture hermétiquement l'incision kystique en laissant un orifice d'un centimètre au plus. Au niveau de cet orifice on passe deux fils d'attente entre lesquels on introduit un tube de caoutchouc pour faire l'aspiration de l'air. La cavité s'aplatit et à ce moment le tube est rapidement retiré en même temps qu'on serre les deux fils d'attente. La plaie abdominale est ensuite fermée sans drainage.

Suites normales. Les fils sont enlevés le 15 juin. Réunion parfaite de la plaie abdominale. Guérison en 15 jours.

Obs. XCVII. — *Deux kystes hydatiques du foie.* — Réduction sans drainage. Pierre Delbet. *Soc. de Chir.*, 21 novembre 1906, p. 965. — *Troisième kyste hydatique du foie.* Pierre Delbet. In thèse de Mornard. Paris, 1913 (obs. I, p. 10).

P. M., femme, 23 ans ; entrée le 2 octobre 1906, salle Chassaignac n° 1. La malade entre à l'hôpital pour une tumeur volumineuse de la région épigastrique et des deux hypochondres. — Le 1er août 1904, elle a déjà été opérée par M. Thiery d'un kyste hydatique du foie. On fit une marsupialisation et il en résulta une longue suppuration. Actuellement il existe au niveau de la cicatrice un léger degré d'éventration.

Etat actuel. — On constate que les hypochondres et la région épigastrique

sont soulevés par une tumeur très étendue qui soulève les fausses côtes et élargit les espaces intercostaux. Du côté droit la tumeur, saillante, s'étend de l'appendice xyphoïde aux fausses côtes. Du côté gauche la tumeur est moins prononcée et est séparée du rebord costal par un sillon très net. Ces deux tumeurs sont légèrement douloureuses au palper. Elles sont mates à la percussion, dans toute leur étendue ; mais la tension semble plus forte à droite qu'à gauche.

Les signes subjectifs manquent totalement. Pas de douleurs spontanées. Pas de dégoût des matières grasses. Pas d'urticaire. On pose le diagnostic de kyste double du foie.

1re opération, 9 octobre 1906. — Laparotomie sus-ombilicale sur le bord externe du grand droit. Gros kyste postéro-inférieur bombant en arrière jusqu'à la région rénale. Ponction. Il en sort 1.500 grammes d'un liquide d'abord clair, puis un peu jaunâtre, mais transparent. Incision de la poche. Extraction de la vésicule mère qui se décolle d'une pièce. Asséchement de la cavité avec des compresses. On constate que ce kyste bilobé, avec grosse poche postérieure et petite poche antérieure, séparées par un étroit goulot, ne peut être capitonné. On ferme la poche par un surjet au catgut. On fait, avec le trocart, une ponction sur la face convexe du foie. On ne trouve pas de kyste. Fermeture de la paroi par deux surjets de catgut, suture de la peau au fil d'argent.

Pendant les 11 premiers jours, les suites sont excellentes. Mais le 12e jour, la température monte à 38°4, et des douleurs apparaissent du côté gauche, non encore opéré. Un examen du sang, pratiqué le 30 octobre revèle :

Globules rouges	5.500.000
Globules blancs	14.000
Mononucléaires	64
Polynucléaires	30
Eosinophiles	6

30 octobre. — La température est tombée à la normale, l'état général est bon. On décide alors d'opérer le kyste du côté gauche.

2e opération le 31 octobre 1906. — Laparotomie sur le bord externe du muscle droit, du côté gauche. On arrive directement sur un kyste antéro-supérieur du lobe gauche du foie. Ponction et aspiration. Issue de 1.700 gr. de liquide très clair. Incision du kyste. Extraction de la vésicule mère. Il n'y a pas de vésicules filles. Capitonnage de la poche au moyen de trois points de catgut. Aspiration de l'air avant la suture complète de la poche, par des points à la Lembert. Réduction sans drainage. Fermeture au fil d'argent de la paroi abdominale.

Le 10e jour on enlève les fils. La réunion est parfaite. Le 20 novembre la malade sort guérie.

Depuis ce temps la malade se portait à merveille, jamais aucun signe d'hydatisme. En juillet 1910, douleurs de l'hypochondre droit, état nauséeux et depuis 15 jours elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume.

A l'examen, voussure visible à jour frisant, dans l'hypochondre droit,

descendant à trois travers de doigt des fausses côtes; on sent une masse lisse arrondie, rénitente. La matité remonte jusqu'à la quatrième côte et descend jusqu'à deux travers de doigt sous les fausses côtes, trois travers de doigt sous l'appendice xyphoïde ; pas de frémissement ; flot transthoracique. Réaction de Weinberg positive.

Opération le 25 août 1910, par M. Pierre Delbet. — Incision sur la cicatrice droite, ponction du kyste ; formolage ; évacuation complète. Kyste énorme, profond de 20 centimètres. On n'arrive pas à extraire la vésicule mère. On verse 1.500 grammes de sérum pour faire flotter et on extrait ainsi le contenu avec difficulté ; fermeture au catgut de la plaie hépatique, aspiration du contenu ; réduction sans drainage. Accidents d'intoxication hydatique, arrêts respiratoires, pâleur et cyanose, cœur affolé. Réveil seulement à 6 heures du soir (éther et huile camphrée, respiration artificielle, tractions de la langue). Fistule qui suppure. Sort le 30 octobre guérie.

Obs. XCVIII (inédite). — *Kyste hydatique du foie* — Réduction sans drainage après capitonnage. — Suppuration. — Réouverture de la poche. — Guérison. Pierre Delbet.

M. Marie, femme, 21 ans entrée le 28 juin 1912, salle Lenoir, lit n° 16 à l'hôpital Necker, pour une tumeur de la région hépatique.

A l'examen on constate une voussure considérable de l'hémithorax droit. La limite inférieure de la matité hépatique est abaissée en appliquant une main sur la ligne axillaire et en percutant légèrement dans le creux épigastrique on obtient la sensation de flot transthoracique. A l'auscultation : silence respiratoire et abolition des vibrations dans toute la base droite du thorax.

Le 29 juin on fait un examen du sang : 7.400 globules blancs par millimètre cube dont :

Mononucléaires	33 p. 100
Polynucléaires neutrophiles	62 —
Eosinophiles	4,8 —

Le 1er juillet examen des urines et recherche de l'urobiline et des pigments biliaires. Résultat négatif.

Le 3 juillet, examen radioscopique :

F. A. Le diaphragme droit est plus haut que la normale. Le gauche est en place.

Le diaphragme droit est immobilisé même en respiration forcée. Le gauche fonctionne normalement.

Le diaphragme droit est arrondi et tendu. On distingue une ombre circulaire et très brouillée, plus visible en F. A. qu'en F. P. et qu'en oblique. Elle est limitée dans sa demi-circonférence supérieure par le bord supérieur du diaphragme droit. Elle déborde à gauche. Signes ordinaires du kyste hydatique.

Opération le 5 juillet 1912. — Laparotomie sur le muscle droit au-devant

du point culminant de la tumeur. Ouverture du péritoine. Il existe quelques adhérences filamenteuses à la surface du foie. Le péritoine étant protégé, ponction. Issue de 3 litres environ de liquide clair. Incision de la poche. Abstersion avec des compresses. On retire encore une grande quantité de liquide. Extraction de la vésicule mère en totalité. Abstersion de la poche qui est de dimensions considérables. Elle remonte loin en haut et en arrière. La paroi est assez épaisse et se rétracte mal. Elle est dure par places. On réussit à placer vers la moitié de la poche un point de capiton. Suture en surjet de la tranche de foie très amincie qui ne tend pas à remonter et reste en rapport avec l'incision pariétale. On place ensuite deux points en croix. Aspiration de l'air au trocart. La partie inférieure du foie remonte et la ligne de suture s'écarte de la paroi abdominale. Fermeture de l'orifice en nouant les deux points en croix. Suture de la paroi en 3 plans.

Le 15 juillet, ablation des fils. — Réunion per primam. La température qui jusque-là s'était maintenue aux environs de 37,5 ou 38 monte a 39°6 le 15 au soir, 39°8 le 16 et les jours suivants oscille entre 38°5 et 39°2.

Le 24 juillet. — Chloroforme. Réouverture de la cicatrice et tout de suite on tombe sur une petite poche purulente superficielle. On y met une mèche sans poursuivre l'intervention.

Le 26 juillet. — Issue abondante d'un liquide séro-sanguinolent qui inonde le pansement. Drainage de la poche, qui est volumineuse, donnant issue à 2 litres au moins d'un liquide séro-sanguinolent puis purulent. La température baisse, avec des oscillations variant de 37 à 38°.

Le 19 août la malade quitte l'hôpital en bon état, avec un teint frais, reposé, et ayant pris de l'embonpoint. Petite fistule qui tarit peu à peu. Cicatrisation complète le 7 septembre.

Obs. XCVIX (inédite). — *Kyste hydatique du foie.* — Capitonnage et réduction sans drainage. — Guérison. — Pierre Delbet.

D. Eugénie, 28 ans, entrée le 2 juillet 1912, salle Malgaigne, lit 28, à l'hôpital Necker, pour une tuméfaction du côté droit accompagnée de douleurs.

Le début de ces douleurs remonte à cinq ans. Elles siègent dans le côté droit et remontent dans l'épaule ; c'est une sensation de déchirement, survenant par crises dans la journée avec des intervalles de 15 jours à 3 semaines, sans douleur aucune. Pendant la période de ces crises, c'est-à-dire une huitaine de jours environ il n'y a jamais eu ni urticaire, ni ictère, ni vomissements, ni selles décolorées. Les urines étaient seulement un peu plus foncées qu'à l'ordinaire et laissaient un dépôt rouge dans le vase.

Ce n'est qu'en janvier dernier que la malade s'est aperçue que son côté droit grossissait, en même temps que les crises devenaient plus fréquentes et les douleurs plus violentes. Depuis 3 semaines la tumeur a beaucoup augmenté et les douleurs ont été continuelles. A l'examen on constate une voussure très accentuée de la partie inférieure du thorax du côté droit, et descendant un peu au-dessous du rebord costal. Elle déborde la ligne

médiane. Sa consistance est assez dure. Elle paraît lisse et régulière. La matité remonte jusqu'au 4e espace intercostal et s'étend à 4 travers de doigt de la ligne médiane. Mais on sent nettement le bord inférieur du foie A l'auscultation, silence respiratoire dans toute la base du côté droit. Examen du sang le 4 juillet. Globules blancs : 13.600 par millimètre cube, dont :

Mononucléaires	18 p. 100
Polynucléaires neutrophiles	75 —
— Eosinophiles	7,3 —

Examen des urines le 3 juillet. Pigments biliaires absents, traces d'urobiline. Les urines sont normales.

Examen radioscopique le 5 juillet.

F. A. Le diaphragme gauche est remonté au-dessus de la normale de deux travers de doigt. Il offre une convexité parfaite et semble tendu. Les sinus ont presque disparu.

F. P. L'examen en frontal postérieur révèle les mêmes signes et en plus l'on voit une ombre circulaire débordant légèrement à gauche et bien délimitée en haut par le diaphragme et en bas dans la masse. Kyste hydatique probable.

Opération le 8 juillet par M. Pierre Delbet. Incision sur la partie la plus saillante du kyste. Ponction : issue de 3 litres environ de liquide clair. Incision large du kyste. Extraction de la vésicule mère. On place un point profond de capiton. Deux points croisés permettent de faire l'aspiration de l'air avant de fermer complètement l'ouverture de la poche.

Une fois suturé le kyste remonte. Suture de la paroi abdominale.

9 juillet, lendemain de l'opération, vers 1 heure de l'après-midi, la malade a une poussée d'urticaire généralisé, qui persiste pendant 24 heures.

Le 13 juillet. — Nouvelle éruption généralisée d'urticaire qui disparaît également très vite.

18 juillet. — Ablation des fils. Réunion per primam.

30 juillet. — Guérison. La malade part en convalescence au Vésinet.

La malade, revue fin décembre, était bien portante.

Obs. C. — *Kyste hydatique du foie*, opéré dans le service de M. le professeur Pierre Delbet, par la méthode de réduction sans drainage, après capitonnage.

Inédite. Due à l'obligeance de M. P. Hallopeau.

H. Léontine, 25 ans, entrée le 29 août 1912 à l'hôpital Necker pour une tumeur de la région épigastrique. Celle-ci est apparue au mois d'octobre précédent sous forme d'une petite saillie qui semblait avoir le volume d'une noisette et qui n'apparaissait que pendant l'inspiration sous l'extrémité de l'appendice xyphoïde un peu à gauche de la ligne médiane. Le volume en augmentant progressivement, surtout dans le sens transversal ; mais la malade n'en souffrait aucunement et ne présentait aucune espèce de

troubles digestifs. Parfois un effort violent, un éternuement provoquait une légère douleur.

A son entrée à l'hôpital on trouve une tumeur dont le volume semble celui d'une noix verte dans sa portion accessible. Cette tumeur, en effet, n'est guère palpable que dans l'inspiration et disparaît dans l'expiration sous le sternum et le rebord costal gauche. Cette tumeur est très dure et présente des battements très marqués ; ceux-ci coïncident exactement avec les pulsations cardiaques et expliquent que la tumeur ait pu être prise par plusieurs médecins pour un anévrysme. Celui-ci doit pourtant être aussitôt éliminé car il n'y a ni expansion ni souffle.

L'absence de tout phénomène gastrique ou digestif ne permet pas d'écarter aussi aisément l'idée d'un néoplasme de la petite courbure mais la radioscopie pratiquée par M. Aubourg, sous la direction de M. Lœper permet d'éliminer cette hypothèse, d'autant plus que l'examen du suc gastrique ne révèle rien d'anormal.

Le sang est normal également. Toutefois la réaction de Weinberg n'est pas faite à ce moment.

Le diagnostic se fixe sur l'idée d'un kyste hydatique et l'intervention est décidée. Ajoutons que le malade n'est pas en très bon état général, que depuis l'âge de 16 ans, elle a eu des crises d'asthme, qu'elle tousse fréquemment et qu'à plusieurs reprises elle a eu de petites hémoptysies.

L'intervention est pratiquée le 21 septembre, sous l'anesthésie à l'éther en présence du Dr Lœper. Après incision médiane partant de l'appendice xyphoïde et s'arrêtant à deux doigts de l'ombilic, on découvre un kyste du lobe gauche du foie, refoulant l'estomac en bas et à gauche. Le péritoine est protégé et le kyste ponctionné fournit environ 500 grammes de liquide clair. Injection de 20 centimètres cubes de formol à 1 p. 100 qui est laissé 5 minutes.

La poche est incisée sur une longueur de 3 centimètres. La vésicule mère apparaît décollée et avec des pinces peut être attirée à l'extérieur d'un seul tenant. La face interne suinte très légèrement. La compresse en l'étanchant se teinte un peu de jaune. Le capitonnage est ensuite pratiqué au moyen de trois fils de catgut profonds et de deux fils superficiels. Chaque rangée de fils n'est serrée qu'après que tous ont été passés. A ce moment les parois de la poche sont venues au contact et toute la cavité est bien effacée. Les lèvres de l'incision sont réunies par un surjet en ayant soin de les invaginer de façon à accoler leurs surfaces séreuses. (Il est intéressant de remarquer que la partie antérieure du diaphragme manquait, si bien que seul un mince feuillet péricardique séparait le cœur du péritoine, d'où l'intensité des battements imprimés au kyste.)

La paroi abdominale est réunie par plans, sans drainage.

Les suites opératoires furent très simples au point de vue abdominal. La malade n'eut pas un seul vomissement. Mais elle fit une poussée bronchitique assez intense avec forte dyspnée et évacuation des crachats nummulaires abondants ce qui n'avait rien de surprenant puisqu'il s'agissait d'une malade ayant des lésions de tuberculose pulmonaire bilatérale.

Au bout de 3 ou 4 jours cependant la dyspnée et la toux diminuèrent et l'état général s'améliora rapidement.

La malade fut purgée au bout de 4 jours. Le 1er octobre, 10 jours après l'intervention, les fils furent enlevés. la réunion de la paroi était complète.

La malade sortit le 8 octobre, sans avoir présenté aucun trouble abdominal.

Quelques jours après (3 semaines après l'intervention), M. Weinberg rechercha sur elle la réaction hydatique de son sérum et elle fut trouvée très nettement positive.

Aujourd'hui 27 novembre, un peu plus de deux mois après l'intervention, la malade continue à se bien trouver du côté abdominal, mais son état général reste assez précaire.

Obs. CI (inédite). — *Kystes hydatiques multiples du foie.* — Réduction sans drainage. Guérison. — Pierre Delbet.

Fernand L., 30 ans, entré le 7 février 1913 salle Malgaigne à l'hôpital Necker pour une grosse tuméfaction de l'hypochondre droit.

Le début remonte à juillet 1912 A cette époque, troubles digestifs ; pesanteur épigastrique après les repas, renvois acides ; somnolence ; quelques vomissements qui soulageaient le malade. Ces troubles disparurent par le régime végétarien ; l'appétit restait bon. En décembre 1912 nouvelle crise analogue à la précédente calmée par le régime, mais qui réapparaît le 26 janvier 1913 avec une intensité plus grande. Le malade doit cesser son travail ; ses douleurs épigastriques et ses vomissements augmentent de fréquence ; il entre à l'hôpital.

Depuis sa crise de juillet 1912, le malade se savait porteur d'une petite tuméfaction, que lui avait révélée son médecin : elle siégeait à cette époque sur le rebord costal droit, était grosse comme une mandarine, ne causant aucune gêne.

Cette tuméfaction grossit régulièrement jusqu'en décembre 1912. A cette époque l'évolution de la tumeur s'arrête, depuis elle reste stationnaire.

L'inspection révèle un abdomen asymétrique dans ses portions sus et sous-ombilicales. A la partie inféro-droite du thorax, au-dessous de la moitié interne du rebord costal du côté droit, on peut voir une grosse voussure descendant dans la fosse iliaque droite. La palpation confirme l'existence des deux tuméfactions indiquées. La tuméfaction supérieure est fluctuante dans le sens transversal, non dans le sens vertical ; elle suit les mouvements respiratoires et ce n'est que dans l'inspiration que l'on atteint sa limite supérieure. Cette tumeur est assez molle ; on sent autour d'elle la limite du tissu hépatique ; au-dessous d'elle le rebord tranchant du foie ; c'est donc un kyste antéro-supérieur. Cependant les espaces intercostaux, au niveau de la ligne axillaire sont élargis ; d'ailleurs par comparaison avec le côté sain, la base droite du thorax est très augmentée de volume.

Il est difficile de voir si la tumeur qui soulève les espaces intercostaux est indépendante du kyste antéro-supérieure, ou si elle n'en est qu'un pro-

longement. Cependant, il semble bien que la pression sur la poche accessible soulève les espaces intercostaux ; on pense donc n'avoir affaire qu'à une seule poche volumineuse. Dans la région latéro-ombilicale du côté droit, on sent une tumeur volumineuse, grosse comme une tête d'enfant descendant en bas un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur présente le contact lombaire, elle est mobile transversalement sous la paroi ; sphérique régulièrement, avec quelques rugosités surtout antéro-internes qui semblent être des adhérences épiploïques. La tumeur suit les mouvements respiratoires absolument comme la première ; elle est absolument mate ; sa masse et sa matité se continuent en haut avec celle du foie ; le côlon n'est pas perceptible.

Réaction de Weinberg positive.

On diagnostique donc kystes hydatiques multiples du foie. Les hydatides étant probablement mortes.

Opération le 14 février 1913 par le professeur Pierre Delbet.

Chloroforme. — Après incision verticale sur le kyste antéro-supérieur et isolement du péritoine, on ponctionne la poche, on n'obtient que quelques gouttes de liquide légèrement trouble. On incise la poche et on en sort deux grandes cuvettes de magma visqueux, jaunâtre et des vésicules filles du volume d'un pois à une mandarine. Pas de membrane hydatide mère reconnaissable. La poche explorée à l'aide de grandes valves vaginales est soigneusement examinée, nettoyée et asséchée ; rien d'anormal sur sa face interne ; elle s'étend loin en arrière et à droite. 4 points de capitonnage : résection de la partie antérieure fibreuse, réduction et suture sans drainage. La vésicule biliaire se trouve au contact de la suture.

Incision verticale sur le deuxième kyste ; celui-ci adhère au péritoine pariétal malgré sa mobilité clinique. La ponction ne donne rien ; on incise alors et on ramène une cuvette et demie de magma et de vésicules filles peu nombreuses dont une du volume d'une orange. Exploration et nettoyage de la poche dont la paroi crétacée dans toute son étendue crie sous le doigt et frotte sur les valves. On ne peut capitonner, on réduit sans drainage.

Les fils sont enlevés le 21 février, la réunion est parfaite.

Le 27 février, le kyste inférieur est rempli, mou, fluctuant. On le ponctionne et on ramène un liquide sanguinolent qui, recueilli dans un tube stérile demeure aseptique.

Une fistule succède à la ponction et donne jusqu'au 15 mars époque à laquelle le malade sort de l'hôpital guéri.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

I. — Le seul traitement rationnel, pour la cure des kystes hydatiques du foie est le traitement chirurgical.

II. — La marsupialisation ne doit plus être employée pour le traitement des kystes à contenu aseptique. Hémorragies, cholérrhagies, suppurations d'origine septique, fistules interminables, avec éventrations consécutives, guérisons toujours lentes, en sont les principaux inconvénients. On la réservera aux kystes suppurés.

III. — L'extirpation totale, méthode idéale mais très rarement applicable sera réservée aux kystes pédiculisés et non adhérents aux organes voisins.

L'extirpation totale est encore légitime quand une partie minime du kyste est seule incluse dans le foie. On pratiquera dans ce cas une hépatectomie suivie de suture de la section hépatique.

IV. — L'énucléation, procédé toujours inutile, souvent dangereux par les hémorragies et les cholérrhagies opératoires auxquelles il expose est à rejeter absolument.

V. — La méthode australienne qui consiste à réduire la poche ouverte dans l'abdomen nous semble dangereuse, bien qu'en l'absence de toute statistique publiée nous ne puissions lui adresser que des reproches théoriques. Cette méthode expose à des épanchements péritonéaux d'exsudats sanguins ou biliaires et aussi à la greffe hydatique secondaire du péritoine.

VI. — La résection « plus ou moins ample » des parois, telle que la préconise Mabit, se rapproche plus de l'extirpation que de la réduction de la poche ouverte. Ses indications sont donc limitées. La seule statistique publiée est celle de Mabit, chirurgien argentin, et ne renferme que 11 cas de kystes hydatiques du foie, ce qui est peu pour juger la méthode. Mais l'on peut dire qu'outre le danger de greffe péritonéale possible, ce procédé expose aux hémorragies abondantes si l'on doit sectionner une grande épaisseur de parenchyme hépatique. Et d'autre part, si les parois sont minces il est au moins inutile de les réséquer puisqu'elles se rétractent seules, une fois le kyste vidé.

VII. — La méthode de choix, dans le traitement des kystes hydatiques du foie non suppurés consiste dans l'incision suivie de l'extraction de la vésicule mère et de la suture du kyste avec réduction sans drainage. Cette méthode est applicable et a été appliquée aux diverses variétés de kystes du foie quel qu'en soit le volume et quel qu'en soit le siège.

VIII. — Le traitement des kystes hydatiques du foie par la réduction sans drainage a été érigé en méthode à la même époque, en France par M. le professeur Pierre Delbet, dans la République Argentine par Alexandro Posadas. L'historique dont nous avons donné tous les détails prouve que M. Pierre

Delbet en a été le promoteur et le vulgarisateur non seulement en France, mais dans l'Europe entière.

IX. — Le capitonnage de la poche n'est qu'un temps opératoire du procédé de la réduction sans drainage. Il présente l'avantage d'éviter les épanchements secondaires dans le kyste réduit. Les seules contre-indications du capitonnage sont la situation profonde du kyste et la calcification totale des parois.

X. — La fixation de la poche suturée, à la paroi abdominale par un ou plusieurs points de catgut, avec ou sans drainage parakystique, destinée dans l'esprit de ses partisans à faciliter la ponction ou la réouverture de la poche en cas d'épanchement secondaire, peut être réservée aux cas où l'on aura constaté dans « la paroi adventice les trainées jaune brun de vaisseaux biliaires prêts à se rompre. » Mais nous devons reconnaître que d'après les observations que nous avons colligées, cette précaution ne nous paraît pas nécessaire.

XI. — L'injection parasiticide préalable d'une solution de formol à 1 p. 100 suivant la technique générale préconisée par M. F. Dévé semble avoir été généralement adoptée. Son emploi ne nous a pas paru avoir une influence soit favorable, soit défavorable sur la guérison opératoire des kystes réduits sans drainage.

XII. — Notre statistique nous a permis de constater que la mortalité opératoire est moindre avec la méthode de réduction sans drainage qu'avec la marsupialisation.

D'autre part la guérison est beaucoup plus rapide et les complications moins fréquentes avec la réduction sans drainage.

Dans certains cas, où la poche se remplit secondairement, on peut obtenir la guérison par de simples ponctions de telle sorte que le malade bénéficie encore de la méthode.

Bénignité, efficacité, rapidité, perfection de la guérison sont les qualités qui assurent la supériorité de la réduction sans drainage. Joignons-y la possibilité d'intervenir dans la même séance sur plusieurs kystes hydatiques.

VU :
Le Doyen,
Dr LANDOUZY.

VU :
ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE 3

DEUXIÈME PARTIE

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES 19

CHAPITRE PREMIER. — EXTIRPATION 20

1° Enucléation 20
2° Extirpation totale 22

CHAPITRE II. — MARSUPIALISATION 24

CHAPITRE III. — SUPPRESSION DU DRAINAGE. SES INDICATIONS 34

1° Indications tirées du kyste parasitaire 38
2° Etat de la membrane adventice 42
3° Siège du kyste. 44

CHAPITRE IV. — PROCÉDÉS RÉALISANT LA SUPPRESSION DU DRAINAGE

1° Réduction de la poche ouverte sans résection des parois du kyste. . . 52
2° Réduction de la poche ouverte après ample résection des parois. . . . 55
3° Réduction du sac suturé. 58
a. Réduction après capitonnage. 59
b. Réduction libre. 64
4° Fixation de la poche à la paroi abdominale. 66

CHAPITRE IV. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES GREFFES HYDATIQUES 72

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS 77

CHAPITRE PREMIER. — COMPARAISON DE LA MARSUPIALISATION ET DE LA SUTURE SANS DRAINAGE 77

1° Accidents 85
a. Cholérrhagie légère 86
b. Intoxication ou choc anaphylactique 86
c. Fièvre 89
d. Epanchements secondaires 89
e. Pneumatose kystique 98
2° Conclusion 100
a. Nombre des cas de réplétions 100
b. Epoque de la réplétion 101
c. Nature du liquide 101
d. Evolution 102

CHAPITRE II. — COMPARAISON ENTRE LES DIVERS PROCÉDÉS DE SUTURE SANS DRAINAGE 105

1° Réplétion dans les cas fixés 105
2° Réplétion dans les cas réduits 105
3° Réplétion dans les cas capitonnés 105

QUATRIÈME PARTIE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE 109

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS 123

1° Observations recueillies dans les revues médicales françaises 123
2° Statistique personnelle du Pr Pierre Delbet 140

ÉVREUX, IMPRIMERIE CH. HÉRISSEY